

ALESSANDRA MORELLO

**REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UFSC: ANO DE 2007**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

ALESSANDRA MORELLO

**REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UFSC: ANO DE 2007**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinheiro
Orientadora: Prof^ª. Ms^a. Joanita Angela Gonzaga Del Moral
Coorientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Estima Marasciulo**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

“Busquem, pois, o Reino de Deus, e essas coisas lhes serão acrescentadas.”

Lucas 12:31 NVI

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Glorioso Deus, que amo infinitamente, a quem devo tudo que sou e tudo que tenho! Obrigada por me abençoar com uma vida tão maravilhosa. Espero poder, na minha humilde condição humana, corresponder ao que esperas de mim.

A meus pais, Adir e Luiz, obrigada por tudo que me ensinaram e me ensinam. Obrigada pelo amor, pelo carinho, pelo incentivo e por tudo que já sacrificaram para que eu chegasse até aqui. Vocês são pais maravilhosos, amo vocês de todo o meu coração!

À Ana Luiza, minha irmã e grande amiga, por quem tenho um amor imenso e que está sempre pronta para me ajudar e me confortar. Agradeço também ao meu cunhado, Rafael, pela sua presença bem humorada na minha vida. E agradeço ao meu lindo e amado afilhado, Henrique, por me fazer sorrir com coisas simples e lindas e me ensinar a ser criança de novo.

À minha orientadora, Professora Joanita, grande exemplo de médica, que vem lutando bravamente pela implantação do RHC/HU ao longo de anos, sempre com muita dedicação e esforço. Muito obrigada pela oportunidade de realizar este trabalho com o qual tive tanto aprendizado. Agradeço por sua orientação e disponibilidade mesmo dentre todas as suas inúmeras tarefas e seus pacientes que tanto precisam de você.

Agradeço ao meu coorientador, Dr. Antonio Carlos (Catito), que abriu as portas para que eu conhecesse um pouco mais sobre epidemiologia e estatística e foi de fundamental importância na realização deste trabalho. Obrigada pela disponibilidade e pelos ensinamentos.

Por ser este trabalho fruto de um esforço contínuo e persistente de todos que participam de forma direta ou indireta do RHC, agradeço a todos que fazem parte dele, incluindo: Ana Bárbara, Bernardo, Carolina, Celso, Luiza, Rodrigo e Thaís. Obrigada pelo esforço de todos!

Ao meu grande grupo de amigas da faculdade, obrigada pelos sorrisos e pelo companheirismo não somente durante a época do TCC, mas durante todo o curso.

Ao meu tão especial grupo de internato: Antonio, um ser humano peculiar e uma das pessoas mais inteligentes que passaram pela minha vida; Caio, pela serenidade irreduzível; Nicole, pela sua calma e intuitiva personalidade; Rafaella, minha “velha” amiga-colega-vizinha, uma das pessoas mais justas e transparentes que conheço; e Rebeca, minha dupla de internato, minha amiga fiel com quem posso dividir alegrias e tristezas, um ser humano maravilhoso.

Agradeço ao Steven, que mesmo de longe está muito presente diariamente e foi tão paciente ao me ouvir falar incontáveis vezes a respeito do TCC. Obrigada pelo incentivo diário e por ser essa pessoa adorável, exemplar, que se tornou tão especial para mim.

Por fim, agradeço a todos os pacientes cujos árduos diagnósticos de câncer possibilitaram a realização deste trabalho.

Obrigada a todos!

RESUMO

Objetivos: Apresentar o Registro Hospitalar de Câncer do HU/UFSC e traçar o perfil dos pacientes com câncer atendidos na instituição.

Métodos: Estudo descritivo dos dados cadastrados no RHC HU/ UFSC referentes ao ano de 2007. Foram utilizadas análises de distribuição sociodemográficas, diagnósticas, clínicas, terapêuticas e temporais.

Resultados: Dos 715 casos atendidos, 578 eram analíticos, 27,3% dos pacientes tinham entre 60 e 69 anos, 50,5% eram homens e 49,5% mulheres, 88,6% brancos, 44,1% com nível fundamental de escolaridade, 40,3% sem ocupação definida, 9,8% agricultores/trabalhadores agropecuários, 65,6% procedentes da Grande Florianópolis. Em 88,1% não havia diagnóstico ou tratamento prévio, 85,1% foram diagnosticados através de histologia do tumor primário. Os tumores mais frequentes foram: pele (62,1%), mama (5,5%) e sistema hematopoiético e reticuloendotelial (5%). 41,7% dos pacientes foram tratados pela Cirurgia Plástica, 16,8% pela Dermatologia, 9,9% pela Cirurgia Geral e 7,1% pela Hematologia. Em 91,2% o tratamento foi cirúrgico e em 7,4% quimioterápico. Houve remissão completa da doença em 53,3% e 4,7% resultaram em óbito. O tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico e entre o diagnóstico e o início do tratamento foi menor que uma semana em 29,3% e 68,8% dos casos, respectivamente.

Conclusão: Os Registros Hospitalares de Câncer são ferramentas epidemiológicas fundamentais na estratégia de combate ao câncer. O RHC HU/UFSC apresenta seu primeiro relatório de dados através deste estudo e mantém o trabalho sistemático de coleta e registro de informações no intuito de se consolidar como recurso administrativo e epidemiológico à instituição.

ABSTRACT

Objectives: To present the Cancer Registry of UFSC University Hospital and to profile the cancer patients presented to the institution.

Methods: A descriptive study of data obtained from the Cancer Registry of UFSC University Hospital related to the 2007 year. Sociodemographic, diagnostic, clinical, therapeutic and temporal analyses were used.

Results: Among the 715 total cases, 578 were analytical, 27.3% of the patients were between the ages of 60 and 69, 50.5% were men and 49.5% were women, 88.6% were white, 44.1% had a basic level of education, 40.3% had an unspecified occupation and 9.8% were farmers/agricultural workers, 65.6% lived in the Florianópolis region. In 88.1% there was no previous diagnosis or treatment, 85.1% were diagnosed by histology of the primary tumor. The most frequent tumors include the following: skin (62.1%), breast (5.5%) and hematopoietic and reticuloendothelial system (5%). 41.7% of patients were treated by the Plastic Surgery Department, 16.8% by Dermatology, 9.9% by General Surgery and 7.1% by Hematology. In 91.2% surgical treatment was performed and 7.4% received chemotherapy. There was complete remission in 53.3% of cases while 4.7% resulted in death. The time between first consultation and diagnosis and between diagnosis and beginning of treatment was less than one week in 29.3% and 68.8% of cases, respectively.

Conclusion: Hospital Cancer Registries are basic epidemiological tools used as strategy for fighting against cancer. The Cancer Registry at UFSC University Hospital presents the first data report through this study and continues to maintain systematic information collection and recording in order to be used as an administrative and epidemiological resource for the institution.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo faixa etária dos pacientes no momento do diagnóstico – casos analíticos

Tabela 1 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a cor – casos analíticos.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo nível de escolaridade – casos analíticos.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a ocupação principal do paciente – casos analíticos.

Tabela 4 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a mesorregião catarinense de procedência – casos analíticos.

Figura 2 – Mapa de Mesorregiões Catarinenses

Figura 3 – Mapa de distribuição de frequência absoluta dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo mesorregião catarinense de procedência – casos analíticos.

Tabela 5 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo diagnóstico e/ou tratamento anterior – casos analíticos.

Tabela 6 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a base mais importante para o diagnóstico do tumor – casos analíticos.

Tabela 7 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a localização do tumor primário – casos analíticos.

Tabela 8 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo as topografias mais frequentes segundo sexo – casos analíticos.

Tabela 9 – Distribuição dos casos de câncer de pele (C44) atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tipo histológico do tumor – casos analíticos.

Tabela 10 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo o estadiamento clínico do tumor – casos analíticos.

Tabela 11 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a clínica de primeiro atendimento – casos analíticos.

Tabela 12 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo primeiro tratamento realizado no hospital – casos analíticos.

Tabela 13 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo estado da doença ao final do primeiro tratamento realizado no hospital – casos analíticos.

Tabela 14 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico do tumor – casos analíticos diagnosticados na instituição.

Tabela 15 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tempo entre o diagnóstico do tumor e a primeira consulta na instituição – casos analíticos diagnosticados em outra instituição.

Tabela 16 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento – casos analíticos diagnosticados na instituição.

Tabela 17 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento – casos analíticos.

Quadro 1 – Características mais prevalentes segundo o sexo – RHC HU/UFSC 2007

Tabela 18 – Distribuição dos casos de câncer não analíticos atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo principal razão para a não realização do tratamento antineoplásico no hospital.

Quadro 2 – Número de casos de câncer atendidos – UNACONS SC (2007)

Quadro 3 – Topografias mais frequentes no sexo masculino.

Quadro 4 – Topografias mais frequentes no sexo feminino.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID-O	Classificação Internacional de Doenças para Oncologia
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
HU	Hospital Universitário
IARC	Internacional Agency for Research on Cancer (Agência Internacional de Pesquisa em Câncer)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SisRHC	Sistema de Registro Hospitalar de Câncer
SPP	Serviço de Prontuário de Pacientes
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UICC	Union for International Cancer Control (União Internacional Contra o Câncer)
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	x
SUMÁRIO.....	xi
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	5
3. MÉTODOS.....	6
4. RESULTADOS.....	10
5. DISCUSSÃO.....	27
6. CONCLUSÕES.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
NORMAS ADOTADAS.....	46
ANEXOS.....	47
FICHA DE AVALIAÇÃO	51

1. INTRODUÇÃO

O aumento na expectativa de vida da população é parte da transição demográfica pelo qual o mundo passa atualmente. Como consequência, os países em desenvolvimento - incluindo o Brasil - vêm sofrendo nas últimas décadas o grande impacto do aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas, incluindo o câncer. ¹ Estima-se que cerca de 12.7 milhões de casos de câncer e 7.6 milhões de óbitos tendo como causa neoplasias malignas ocorreram em todo o mundo no ano de 2008, sendo que 56% dos casos e 64% dos óbitos foram registrados em países economicamente em desenvolvimento. ² Dentre as doenças crônico degenerativas cuja prevalência aumenta na medida em que aumenta a esperança de vida da população, as neoplasias malignas se destacam por suas altas taxas de mortalidade, comorbidades e elevados custos, diretos e indiretos, associados. ² Na luta contra tamanho impacto, há necessidade de conhecer a real dimensão do problema, de modo que os programas para o controle do câncer sejam eficientemente planejados - não somente para a implantação de protocolos de conduta, mas também para definir estratégias de prevenção, o que justifica a necessidade de registro de informações confiáveis a respeito do câncer. ²

Devido à crescente importância do câncer como problema de saúde pública em todos os países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com União Internacional Contra o Câncer (UICC) vem promovendo o desenvolvimento de planos nacionais de controle da doença, para os quais o papel dos registros de câncer já está bem definido e estruturado. ¹ É reconhecido mundialmente que os registros de câncer são parte essencial de qualquer programa de controle, beneficiando tanto os pacientes individualmente quanto a sociedade da qual faz parte. ³

No Brasil, além do envelhecimento da população, a industrialização e a urbanização também são fatores que contribuem para o aumento na incidência do câncer. ⁴ Segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), 70 em cada 100.000 brasileiros foram diagnosticados com neoplasias malignas no ano de 1990. No ano de 2007 esse número subiu para 84, sendo que as regiões mais acometidas são o Sul e o Sudeste. ⁵

A gestão das ações de prevenção e assistência ao câncer no Brasil, por recomendação da OMS, é realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), que através do Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco (PAV) em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), aprimora a capacidade local de análise das informações sobre a incidência e mortalidade por câncer visando o conhecimento detalhado do quadro epidemiológico da doença no Brasil.⁶ Dentro desse contexto, os Registros Hospitalares de Câncer (RHCs) tiveram seu início em 1983, com a implantação do RHC do INCA. Desde então os RHCs têm se mostrado como fundamental ferramenta epidemiológica em saúde, assumindo importância crescente como fonte de dados sobre a assistência prestada ao paciente com neoplasia maligna nas instituições hospitalares.⁶

Como importantes centros de coleta contínua e sistemática de informações sobre prevalência, mortalidade e qualidade da assistência médico hospitalar prestada aos pacientes com câncer, os RHCs têm permitido até mesmo avaliações de séries temporais - importante subsídio para efetivar ações na área da vigilância do câncer.⁶ Através da integração entre esses registros e os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBPs), as informações provenientes dos RHCs se tornam fonte inicial e por vezes principal quando se trata de populações bem definidas.² O objetivo principal de implantar um RHC é então construir e disponibilizar uma base de dados sobre os casos de câncer atendidos no hospital e se tornar fonte de informações disponíveis publicamente para a produção científica em prol dos planos regionais e nacionais contra o câncer.⁷

Os RHCs têm sido considerados como um espelho que reflete o desempenho do corpo clínico em relação à assistência prestada aos pacientes, através da avaliação dos resultados de protocolos terapêuticos e análise de sobrevida dos pacientes, por tipo específico de câncer. A valorização do trabalho dos RHCs nos últimos anos se deu, em grande parte, devido à Portaria GM/MS nº 3.535/98, do Ministério da Saúde, que ao definir critérios para cadastramento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia - os CACONs - incluiu neles a exigência de dispor e manter em funcionamento um RHC, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo MS.^{6, 8} Dessa forma, estarão disponíveis agrupamentos de informações, cada qual com seus respectivos objetivos e particularidades.

Em 2008, na tentativa de efetivamente receber os dados hospitalares nacionais consolidados nos anos de 2006 e 2007, o INCA reiterou a necessidade do envio dos mesmos com urgência, inclusive para controle dos Centros de Tratamento Oncológico do país, sendo que o não cumprimento da solicitação implicaria em suspensão da liberação de recursos destinados a assistência dos pacientes.

Conforme “Termo de Compromisso de Garantia de Acesso em Assistência de Alta Complexidade em Oncologia”, assinado em 07 de Abril de 2008, o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) é classificado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Oncológica e Hematologia (UNACON/Hematologia). Dessa forma, o HU deve dispor de e manter em funcionamento um RHC. Por definição, UNACONs são unidades hospitalares que possuem todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Caso as UNACONs não ofereçam assistência para o tratamento radioterápico, deverá ser estabelecida referência formal para o encaminhamento dos doentes que necessitarem desse procedimento.

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, fundado em 02 de Março de 1980, iniciou seu funcionamento através inicialmente da implantação de leitos de enfermagem e atendimento ambulatorial em clínica médica e clínica pediátrica. Posteriormente com ações na área de cirurgia, tocoginecologia, terapia intensiva e emergência, o HU consolidou seu atendimento nas áreas básicas do atendimento hospitalar à saúde. Seus serviços de atendimento pelo corpo clínico, além das atividades de ensino e pesquisa pelos profissionais dos departamentos do Centro de Ciências da Saúde da UFSC conferem ao HU grande força e prestígio social e comunitário. Atuando nos três níveis de assistência - básico, secundário e terciário - o HU é também referência estadual em patologias complexas – clínicas e cirúrgicas – com grande demanda na área de cirurgias de grande porte em diversas especialidades e também no atendimento ao câncer. Nesse caso, destacam-se os serviços de Cirurgia Oncológica, Dermatologia e Hematologia. Além desses, o HU também presta atendimento à comunidade em relação à oncoginecologia e se comporta como importante centro ambulatorial de triagem e diagnóstico de vários tipos de câncer para posterior encaminhamento a centros mais especializados, como o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON). A população pediátrica é atendida no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), referência para essa faixa etária.

A Comissão para o Registro Hospitalar de Câncer do HU/UFSC foi instituída oficialmente em 17 de Agosto do ano 2000. Fazem parte desta comissão um médico epidemiologista, um médico representante de cada divisão (Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Tocoginecologia e Pediatria) e um representante do Serviço de Pronto-socorro Médico, sendo o primeiro coordenador do Registro um médico oncologista.

Em 06 de Agosto de 2008 houve a substituição de todos os seus representantes e acrescido um representante da enfermagem, sob a coordenação de um médico hematologista. Hoje o RHC HU/UFSC conta com oito membros efetivos e três bolsistas que registram os dados dos pacientes com câncer atendidos na instituição a partir do ano de 2000, sendo os oncohematológicos a partir do ano de 1980.

O RHC HU/UFSC trabalha, então, em missão conjunta com o INCA de formar base de dados dinâmica e sistemática que provenha informações confiáveis a respeito dos casos de câncer diagnosticados e/ou tratados no hospital. A visão global e multiprofissional dos dados obtidos através de análises permite a auto-avaliação almejando melhora da assistência, criação de políticas em prevenção, estratégias para diagnóstico precoce e protocolos terapêuticos eficazes. Diante de informações científicas atuais e fidedignas serão instrumentalizadas adequadas condutas no combate ao impacto causado pelo câncer.

Sabendo que a prevenção e o controle do câncer estão entre os mais importantes desafios científicos e de saúde pública da nossa época e que o objetivo final do RHC é disponibilizar à comunidade hospitalar um conjunto completo de informações sobre os pacientes atendidos – recursos utilizados no diagnóstico e tratamento, avaliação da evolução da doença e da qualidade de vida – o presente trabalho tem o intuito de apresentar o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário da UFSC, bem como situá-lo como fonte dos dados a serem descritos e analisados nesta pesquisa a respeito da distribuição dos casos de câncer atendidos no ano de 2007.^{2,9}

2. OBJETIVOS

2.1 Gerais

Apresentar o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário da UFSC e o situar como formador de banco de dados a respeito dos pacientes com câncer atendidos na instituição.

2.2 Específicos

Descrever os dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário da UFSC referentes aos casos de câncer atendidos no ano de 2007, apresentando o perfil dos pacientes através de características sociodemográficas, diagnósticas, clínicas, terapêuticas e de análises temporais.

3. MÉTODOS

O presente trabalho foi um estudo descritivo, observacional e retrospectivo de série de 715 casos referentes a atendimentos com registros de CID oncológico ocorridos no Hospital Universitário da UFSC no período de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2007.

População de Estudo

Todos os casos com diagnóstico de câncer em pacientes internados ou atendidos no ambulatório e cadastrados pelo Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) do Hospital Universitário da UFSC no período de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2007, registrados pelo RHC HU/UFSC.

Critérios de Inclusão

Casos de neoplasias malignas diagnosticadas de forma clínica e/ou histopatológica, de acordo com as normas do Manual de Rotinas e Procedimentos dos Registros Hospitalares de Câncer, atendidos no HU entre 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2007 registrados pelo RHC HU/UFSC. Foram considerados notificáveis – cadastráveis pelo RHC – todos os tumores classificados como malignos pela Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O, 3ª edição).¹⁰

Critérios de Exclusão

Casos considerados não notificáveis – não cadastráveis pelo RHC – ou seja, prontuários de pacientes com tumores considerados benignos, “in situ” ou de comportamento incerto. Também foram excluídos os casos diagnosticados e também tratados em outra instituição.

Procedimentos

A partir da identificação dos casos com diagnóstico de neoplasia maligna através do CID (CID C_/3), os prontuários foram resgatados no SPP do HU/UFSC para serem cadastrados pelo RHC.

Para o registro das informações contidas nos prontuários foram utilizadas fichas de coleta de informações (**ANEXOS 1 e 2**) segundo o Manual de Rotinas e Procedimentos do RHC - que estão em acordo com a sistemática preconizada pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), e a publicação do INCA: Registro de Câncer - Princípios e Métodos, sendo as neoplasias cadastradas constantes de uma lista de tumores notificáveis estabelecida pela Comissão Assessora do RHC-HC Registro Hospitalar de Câncer - Relatório Anual - 1994/1998.^{9, 11, 12}

Os registradores cadastraram os casos classificando inicialmente como analíticos ou não analíticos. Foram considerados casos analíticos, com preenchimento completo da Ficha de Registro de Tumor (**ANEXO 1**), aqueles que tiveram diagnóstico e tratamento no HU; ou diagnóstico no HU, primeira terapêutica em outra instituição e complementação terapêutica no HU; ou diagnóstico em outra instituição, mas com a primeira etapa terapêutica realizada no HU. Os casos não analíticos foram os diagnosticados e que tiveram toda a primeira etapa terapêutica realizada em outra instituição (admitidos apenas para complementação de uma modalidade específica de tratamento ou apenas tratamento de apoio); diagnosticado e tratado no hospital antes da data de inclusão (inicial) no registro hospitalar; ou diagnosticado apenas à necropsia. Esses casos foram incluídos utilizando a mesma ficha com número menor de informações, referentes apenas à identificação do paciente e do seu tumor. Na Ficha de Registro de Tumor foram coletadas as informações referentes ao primeiro ano de acompanhamento do paciente no hospital, tendo como referência a data do primeiro diagnóstico do tumor. As informações dos anos subsequentes foram anotadas na correspondente Ficha de Seguimento Anual (**ANEXO 2**).

Fonte de informações

Os registradores coletaram as informações dos casos de câncer a partir da análise direta dos prontuários de saúde dos pacientes. Aos registradores competiu identificar, resgatar e registrar as informações específicas – previamente determinadas – para inclusão no cadastro. A avaliação inicial dos prontuários permitiu classificá-los em: prontuários com informações disponíveis e prontuários sem informações. Nos prontuários com informações foram identificados aqueles com diagnóstico de patologia maligna e aqueles com patologia benigna. Os prontuários sem informações correspondem àqueles sem diagnóstico, vazios, não localizados, com diagnóstico não definido (se benigno ou maligno), e cancelados. Os prontuários nos quais não existia o conjunto mínimo de informações necessárias ao cadastro do caso foram devolvidos ao SPP para posterior solicitação e reavaliação.

Os casos de neoplasias malignas comprovadas cujos prontuários possuíam as informações necessárias foram cadastrados nas fichas padronizadas (**ANEXOS 2 e 3**).

Sistemas de classificação adotados

Utilizou-se para codificar a topografia e a histologia dos tumores, a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – 3ª Edição (CID-O/3).¹⁰ Todos os dados ao serem cadastrados obedeceram à classificação estabelecida para cada item da ficha de registro de tumores, cuja especificação está descrita no Manual de Rotinas e Procedimentos do Registro Hospitalar de Câncer.⁹ O RHC cadastrou todos os tumores classificados como malignos pelo CID-O, tanto primários como metastáticos.

A Classificação TNM da União Internacional Contra o Câncer – 6ª Edição foi utilizada para o estadiamento dos tumores.¹³

Processamento e análise estatística dos dados

Todas as Fichas de Registro de Tumor, após serem preenchidas com os dados coletados diretamente dos prontuários, foram digitadas utilizando um programa próprio, fornecido gratuitamente pelo INCA, chamado Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC) versão 2.6.0.11. A digitação foi realizada por registradores devidamente treinados e vinculados ao RHC. O programa SisRHC gerou base de dados em formato do tipo “.rec”, para que posteriormente fosse possível o cruzamento dos dados. O sistema, além disso, criou relatórios padrão que foram sistematicamente enviados ao INCA. Ao coordenador do RHC coube analisar os dados considerados incoerentes pelo sistema a fim de corrigir erros e tornar o registro coerente ou apenas validar os dados.

As bases de dados contendo os dados tabulados a respeito dos casos de câncer do ano estudado foram sujeitas a análises destes a partir da geração de tabelas de frequência absoluta e relativa sendo para este procedimento utilizado o programa estatístico “SPSS Statistics”.

Os dados referentes à Ficha de Seguimento de Tumor (**ANEXO 2**), não foram analisados.

Cobertura

O registro requisitou diariamente ao SPP os prontuários no ano de referência. Conforme a orientação do INCA, os prontuários não disponíveis para análise foram solicitados outras duas vezes, só sendo considerados indisponíveis após a terceira solicitação. O INCA exige como padrão cobertura superior a 95%.

Qualidade das informações

O resgate de informações do prontuário foi realizado por registradores que receberam treinamento específico. Esta etapa do trabalho foi feita com a supervisão do coordenador médico que conta com o suporte de uma comissão assessora. Antes da liberação dos dados, procedeu-se ao cruzamento de informações do banco de dados para certificar-se da consistência dos dados. As dúvidas foram revistas com o apoio da comissão assessora. O INCA exige confirmação histopatológica dos diagnósticos superior a 95%.

Aspectos Éticos

O Projeto “Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina”, que engloba o trabalho de coleta e registro das informações, bem como a elaboração de relatórios e pesquisas tendo como fonte as informações do RHC, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob certificado número 901 de 30 de agosto de 2010. **(ANEXO 3)** A utilização das informações provenientes da base de dados gerada pelo RHC HU/UFSC pela autora deste trabalho foi feita através de Solicitação de Utilização de Informações número 01/ano de 2011. **(ANEXO 4)**

4. RESULTADOS

O Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário da UFSC cadastrou 715 casos de câncer – com ou sem diagnóstico e/ou terapêutica prévios – que foram atendidos na instituição no período de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2007. Do total de casos, 578 (80,8%) foram considerados analíticos e 137 (19,2%) não analíticos. As análises a seguir se referem aos casos analíticos.

4.1 Perfil Sociodemográfico

A média de idade foi de 60,6 anos (Desvio Padrão $\pm 14,79$ anos), variando entre 20 e 96 anos. No momento do diagnóstico, a faixa etária de maior frequência foi de 60 a 69 anos de idade (27,3%), seguida por 50 a 59 anos (20,9%). A faixa etária de menor frequência foi de 20 a 29 anos de idade (2,9%). (**FIGURA 1**) Não houve diferença significativa em relação aos sexos (sexo masculino 50,5%, sexo feminino 49,5% da distribuição).

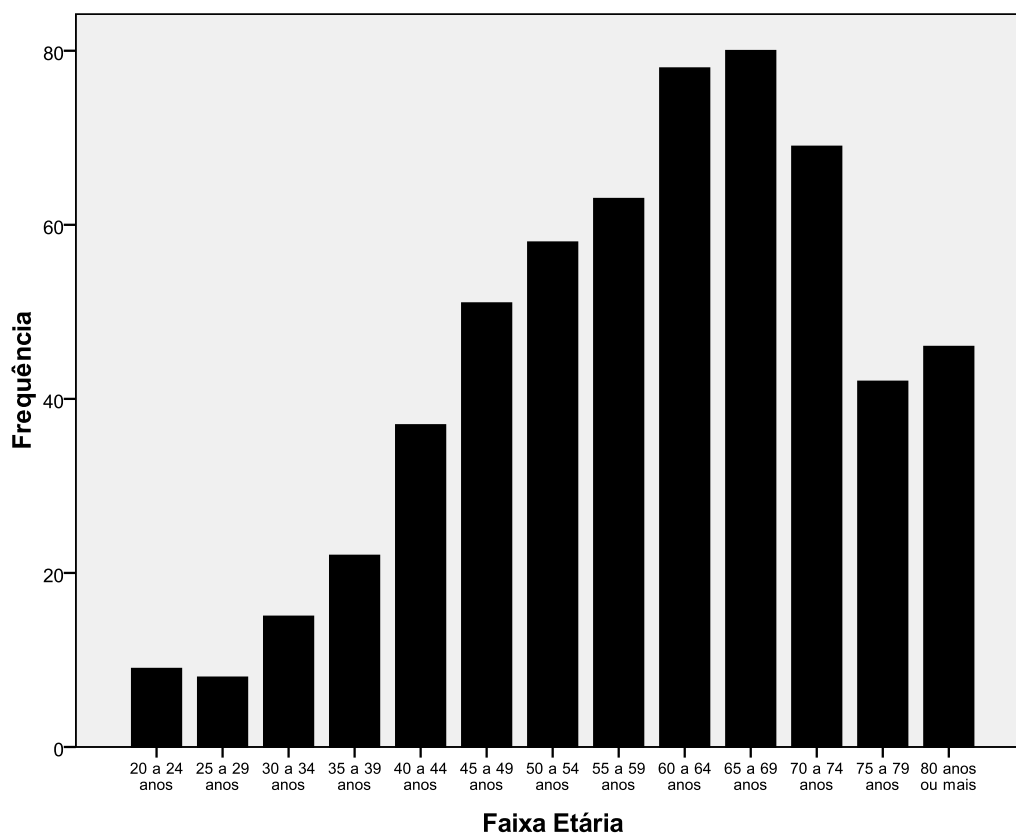


Figura 1 - Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo faixa etária dos pacientes no momento do diagnóstico – casos analíticos. N=578

A maioria dos casos analíticos se refere a pacientes de cor branca (88,6%). Para 9,3% dos casos não houve registro desta informação. (**TABELA 1**)

Tabela 1 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a cor – casos analíticos.

Cor	N	%
Branca	512	88,6
Parda	6	1,0
Preta	3	0,5
Indígena	2	0,3
Amarela	1	0,2
Sem informação	54	9,3
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

Em 44,1% dos casos os pacientes possuíam nível fundamental completo de escolaridade e em apenas 2,6% apresentaram nível superior de escolaridade. A porcentagem de analfabetismo foi de 6,9%. Chama atenção a porcentagem de casos em que esta informação não foi registrada, 26,1%. (**TABELA 2**)

Tabela 2 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo nível de escolaridade – casos analíticos.

Nível de Escolaridade	N	%
Fundamental Incompleto	255	44,1
Fundamental Completo	64	11,1
Nível Médio	53	9,2
Analfabeto	40	6,9
Nível Superior	15	2,6
Sem informação	151	26,1
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

Em 233 casos (40,3%) não foi possível enquadrar a ocupação do paciente entre os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho.¹⁴ Em 126 casos (21,8%) não havia informação registrada a respeito. Entre as ocupações mais frequentes estão agricultores (8,1%), empregadas domésticas (2,9%) e motoristas (2,2%). **(TABELA 3)**

Tabela 3 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a ocupação principal do paciente – casos analíticos.

Ocupação	N	%
Não se aplica	233	40,3
Sem informação	126	21,8
Agricultores	47	8,1
Empregadas domésticas	17	2,9
Motoristas	13	2,2
Pedreiros	12	2,1
Funcionários públicos	11	1,9
Trabalhadores agropecuários	10	1,7
Pescadores	9	1,6
Vigias	7	1,2
Auxiliares Administrativos	6	1,0
Carpinteiros	6	1,0
Costureiras	6	1,0
Cabeleireiros/Manicure	5	0,9
Outras profissões	70	12,1
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

Juntas, as categorias agricultores e trabalhadores agropecuários somam 9,8% do total de casos, nos quais a localização do tumor primário é a pele em 59,6%. Não houve topografia significativamente predominante para as demais ocupações registradas.

Foram registrados casos de pacientes procedentes de todas as mesorregiões do estado de Santa Catarina, conforme divisão do IBGE, com predomínio de pacientes vindos da

mesorregião da Grande Florianópolis (379 casos – 65,6%). A distribuição de acordo com a procedência é apresentada na **Tabela 4** e nas **Figuras 2 e 3**.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a mesorregião catarinense de procedência – casos analíticos.

Mesorregião de procedência	N	%
1 - Grande Florianópolis	379	65,6
6 - Vale do Itajaí	98	17,0
5 - Região Sul	43	7,4
3 - Região Oeste	28	4,8
4 - Região Serrana	12	2,1
2 - Região Norte	10	1,7
Outro estado	2	0,3
Sem informação	6	1,0
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

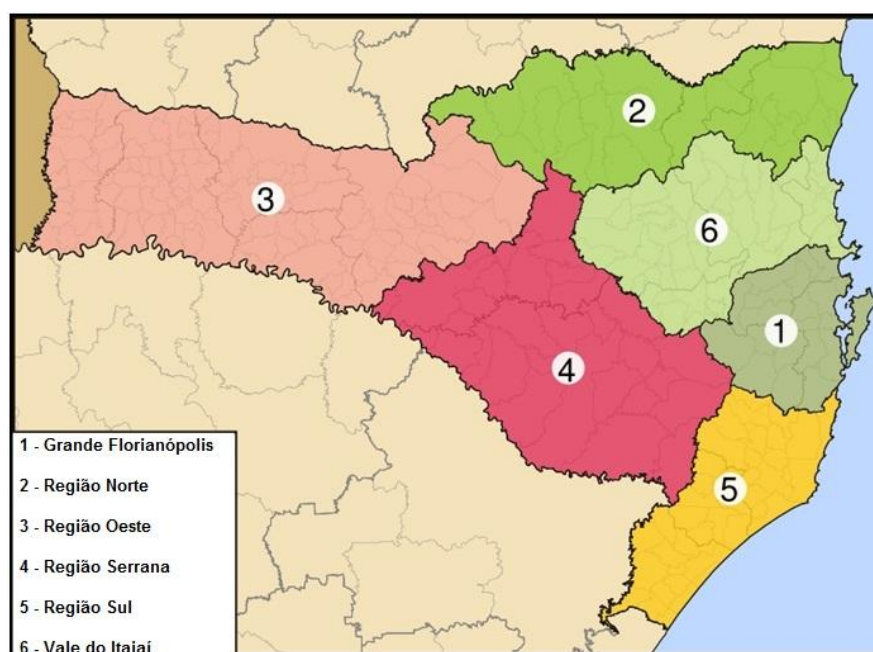


Figura 2 – Mapa de Mesorregiões Catarinenses (Fonte: Wikipédia – Lista de Mesorregiões de Santa Catarina)

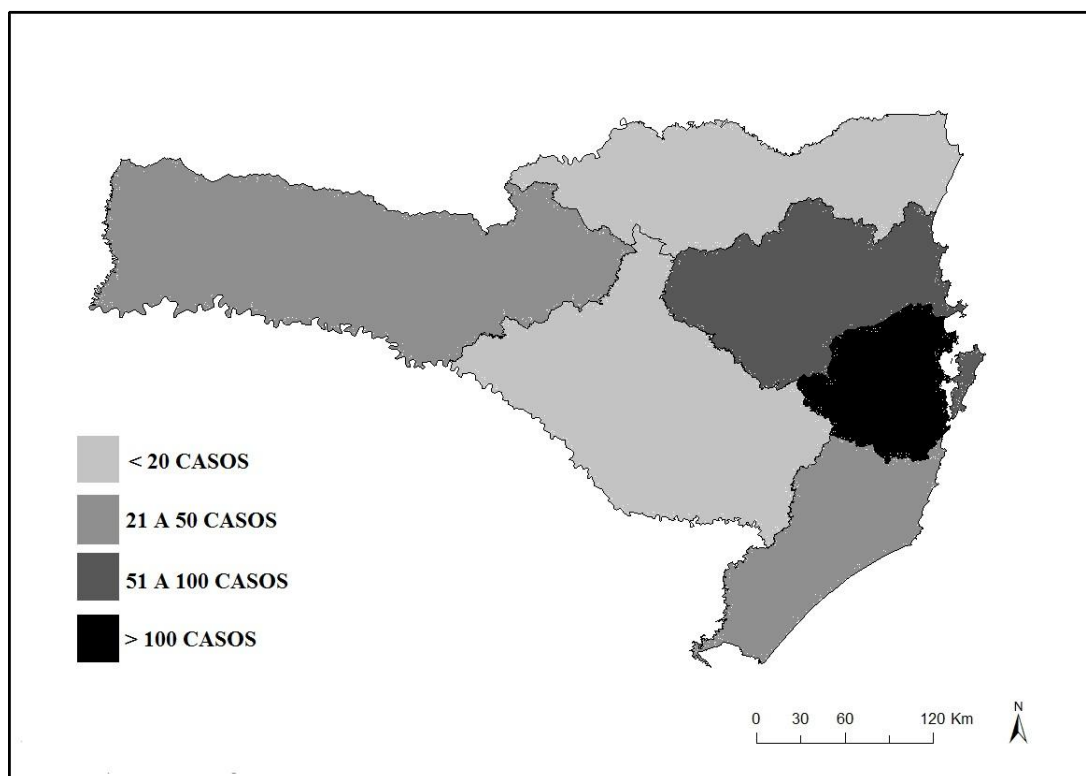


Figura 3 – Mapa de distribuição de frequência absoluta dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo mesorregião catarinense de procedência – casos analíticos.

4.2 Características do Diagnóstico

Em 88,1% dos casos os pacientes chegaram ao hospital sem diagnóstico ou tratamento anterior; 10,6% com diagnóstico prévio, no entanto sem tratamento e em apenas 1,4% dos casos o paciente já havia recebido diagnóstico e iniciado algum tratamento antineoplásico. (TABELA 5)

Tabela 5 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo diagnóstico e/ou tratamento anterior – casos analíticos.

Diagnóstico e/ou tratamento anterior	N	%
Sem diagnóstico ou tratamento anterior	509	88,1
Com diagnóstico e sem tratamento anterior	61	10,6
Com diagnóstico e tratamento anteriores	8	1,4
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

A histologia do tumor primário foi a base mais importante para o diagnóstico na maioria dos casos (85,1%). A porcentagem de casos com diagnóstico confirmado por exame histopatológico/citológico totalizou 94,3%. **(TABELA 6)**

Tabela 6– Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a base mais importante para o diagnóstico do tumor – casos analíticos.

Base diagnóstica	N	%
Histologia do Tumor primário	492	85,1
Citologia ou Hematologia	45	7,8
Exame Clínico e/ou Patologia Clínica	16	2,8
Exames por imagem	12	2,1
Histologia da Metástase	8	1,4
Cirurgia Exploradora / Necropsia	1	0,2
Endoscopia	1	0,2
Sem informação	3	0,5
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

4.3 Características Clínicas dos Tumores

A **Tabela 7** apresenta a distribuição dos casos conforme a localização do tumor primário segundo a Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia – CID-O (2ª Edição).¹⁵ A distribuição segundo topografias mais frequentes em relação ao sexo é apresentada na **Tabela 8**.

Tabela 7 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a localização do tumor primário – casos analíticos.

CID-O Topografia	N	%
C44 - Pele	359	62,1
C50 - Mama	32	5,5
C42 - Sistema hematopoiético e reticuloendotelial	29	5,0
C73 - Glândula tireóide	22	3,8
C16 - Estômago	19	3,3
C18 - Cólon	15	2,6
C34 - Brônquios e pulmões	10	1,7
C77 - Linfonodos	10	1,7
C61 - Próstata	9	1,6
C67 - Bexiga	7	1,2
C02 - Outras partes e partes SOE* da língua	6	1,0
C54 - Corpo do útero	6	1,0
C19 - Junção retossigmoidiana	5	0,9
C20 - Reto	5	0,9
C53 - Colo do útero	5	0,9
C56 - Ovário	5	0,9
C06 - Outras partes da boca e SOE	4	0,7
C15 - Esôfago	4	0,7
C32 - Laringe	4	0,7
C80 - Localização primária desconhecida	4	0,7
C22 - Fígado e vias biliares intra-hepáticas	3	0,5
C64 - Rim	3	0,5
C09 - Amígdalas	2	0,3
C62 - Testículo	2	0,3
C00 - Lábio	1	0,2
C03 - Gengiva	1	0,2
C17 - Intestino delgado	1	0,2
C24 - Outras partes e partes SOE das vias biliares	1	0,2
C25 - Pâncreas	1	0,2
C26 - Outros órgãos digestivos	1	0,2
C38 - Coração, mediastino e pleura	1	0,2
C49 - Tecido conjuntivo, subcutâneo e outros tecidos moles	1	0,2
Total	578	100,0

*SOE: Sem outras especificações

Fonte: RHC HU/UFSC

Tabela 8 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo as topografias mais frequentes segundo sexo – casos analíticos.

CID-O Topografia	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
C44 - Pele	197	67,5%	162	56,6%
C50 - Mama	0	0%	32	11,2%
C42 - Sistema hematopoiético e reticuloendotelial	14	4,8%	15	5,2%
C73 - Glândula tireóide	3	1,0%	19	6,6%
C16 - Estômago	13	4,5%	6	2,1%
C18 - Cólon	7	2,4%	8	2,8%
C34 - Brônquios e pulmões	5	1,7%	5	1,7%
C77 - Linfonodos	5	1,7%	5	1,7%
C61 - Próstata	9	3,1%	0	0%
C67 - Bexiga	5	1,7%	2	1,7%
C02 - Outras partes e partes SOE* da língua	5	1,7%	1	1,7%
C54 - Corpo do útero	0	0%	6	2,1%
C19 - Junção retossigmoidiana	3	1,0%	2	0,7%
C20 - Reto	3	1,0%	2	0,7%
C53 - Colo do útero	0	0%	5	1,7%
C56 - Ovário	0	0%	5	1,7%
Total	269	92,1%	275	96,1%

*SOE: Sem outras especificações

Fonte: RHC HU/UFSC

A **Tabela 9** a seguir apresenta a distribuição dos casos de câncer de pele segundo o tipo histológico do tumor.

Tabela 9 – Distribuição dos casos de câncer de pele (C44) atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tipo histológico do tumor – casos analíticos.

Tipo histológico do tumor de pele (C44)	N	%
8097/3 – Carcinoma basocelular micronodular	144	40,1
8070/3 – Carcinoma de células escamosas, SOE*	66	18,4
8090/3 – Carcinoma basocelular, SOE	61	17,0
8092/3 – Carcinoma basocelular infiltrativo	31	8,6
8094/3 – Carcinoma basoescamoso	20	5,6
8091/3 – Carcinoma basocelular, multicêntrico	7	1,9
8095/3 – Carcinoma metatípico	6	1,7
8720/3 – Melanoma maligno	5	1,4
8010/3 – Carcinoma, SOE	4	1,1
8071/3 – Carcinoma de células escamosas queratinizado, SOE	2	0,6
8075/3 – Carcinoma de células escamosas, pseudoglandular	2	0,6
8102/3 – Tricolemocarcinoma	2	0,6
8407/3 – Carcinoma microcístico de anexos cutâneos	2	0,6
8721/3 – Melanoma nodular	2	0,6
8020/3 – Carcinoma indiferenciado	1	0,3
8076/3 – Carcinoma de células escamosas microinvasor	1	0,3
8098/3 – Carcinoma basocelular adenóide	1	0,3
8200/3 – Cilindroma	1	0,3
8743/3 – Melanoma de propagação superficial	1	0,3
Total	359	100,0

*SOE: Sem outras especificações

Fonte: RHC HU/UFSC

O estadiamento clínico dos tumores, feito através do exame físico, exames de imagem, endoscopia, biópsia, exploração cirúrgica e outros exames relevantes, utilizando o sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos, não foi registrado em 73,9% dos casos conforme mostra a **Tabela 10** de distribuição.¹³ O pTNM, estadiamento através de exame histopatológico, não foi registrado em 71,8% casos. Por fim, do total de casos, 28 (4,8%) apresentaram metástases.

Tabela 10 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo o estadiamento clínico do tumor – casos analíticos.

Estadiamento	N	%
Sem informação	427	73,9
Estádio I	28	4,8
Estádio II	31	5,4
Estádio III	24	4,2
Estádio IV	22	3,8
Não estadiável	46	8,0
Total	578	100,0

Fonte RHC HU/UFSC

4.4 Características do Tratamento

A principal clínica de primeiro atendimento - ou seja, onde efetivamente foi iniciado o tratamento antineoplásico do paciente no hospital, foi a Cirurgia Plástica com 41,7% dos casos, seguida pela Dermatologia (16,8%), Cirurgia Geral (9,9%) e Hematologia (7,1%). **(TABELA 11)**

Em 91,2% dos casos o primeiro tratamento realizado no hospital foi cirúrgico. A quimioterapia foi o primeiro tratamento em 7,4% dos casos. Dois casos não analíticos foram registrados erroneamente como analíticos no momento da digitação. **(TABELA 12)**

Ao final do primeiro tratamento, houve remissão completa da doença em 53,3% dos casos. 27 casos (4,7%) evoluíram a óbito e, desses, 12 (44,4%) tiveram como sítio do tumor primário o sistema hematopoiético e reticuloendotelial, 3 (11,1%) os linfonodos e 2 (7,4%) o cólon. Ainda a respeito dos casos que tiveram o óbito como desfecho, o primeiro tratamento realizado foi a quimioterapia em 59,3%, e em 37% o tratamento foi cirúrgico. Para os casos em que houve remissão completa da doença, o sítio do tumor primário foi a pele em 77,6%, mama em 4,9%, glândula tireóide em 4,9% e estômago em 2,6%. Em 27,5% dos casos não houve registro do estado da doença ao final do primeiro tratamento. Os dois casos para os quais essa distribuição não se aplica se referem aos casos não analíticos registrados como analíticos. **(TABELA 13)**

Tabela 11 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo a clínica de primeiro atendimento – casos analíticos.

Clínica de primeiro atendimento	N	%
Cirurgia Plástica	241	41,7
Dermatologia	97	16,8
Cirurgia Geral	57	9,9
Hematologia	41	7,1
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	34	5,9
Mastologia	24	4,2
Proctologia	20	3,5
Urologia	19	3,3
Ginecologia	14	2,4
Pneumologia	6	1,0
Cirurgia Torácica	4	0,7
Clínica Médica	4	0,7
Gastroenterologia	3	0,5
Endocrinologia	2	0,3
Estomato-Odontologia	2	0,3
Oncologia Cirúrgica	2	0,3
Otorrinolaringologia	2	0,3
Cirurgia Pélvica	1	0,2
Geriatria	1	0,2
Sem informação	4	0,7
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

Tabela 12 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo primeiro tratamento realizado no hospital – casos analíticos.

Primeiro tratamento realizado	N	%
Cirurgia	527	91,2
Quimioterapia	43	7,4
Outros	6	1,0
Nenhum	2	0,3
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

Tabela 13 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo estado da doença ao final do primeiro tratamento realizado no hospital – casos analíticos.

Estado da doença ao final do primeiro tratamento	N	%
Sem evidência da doença (remissão completa)	308	53,3
Doença em progressão	34	5,9
Remissão parcial	28	4,8
Óbito	27	4,7
Doença estável	19	3,3
Não se aplica	2	0,3
Suporte terapêutico oncológico	1	0,2
Sem informação	159	27,5
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

4.5 Análises Temporais

O período de tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico do tumor, quando esse foi feito na instituição, foi menor que uma semana em 149 casos (29,3%). Para número semelhante – 146 (28,7%) – esse período foi de uma semana a um mês. **(TABELA 14)** Em relação às clínicas de atendimento do hospital, não houve diferença significativa nessa análise.

10,2 % do total de casos analíticos foram diagnosticados em outra instituição e para esses o tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta no HU foi de dois a três meses, na maioria dos casos (23,7%), e de um mês a dois meses em 20,3% dos casos. Em 16,9% esse período foi maior que seis meses. **(TABELA 15)**

Tabela 14 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico do tumor – casos analíticos diagnosticados na instituição.

Tempo entre a primeira consulta e o diagnóstico	N	%
< 1 semana	149	29,3
1 semana a 1 mês	146	28,7
1 mês a 2 meses	90	17,7
2 a 3 meses	47	9,2
3 a 6 meses	54	10,6
> 6 meses	23	4,5
Total	509	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

Tabela 15 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tempo entre o diagnóstico do tumor e a primeira consulta na instituição – casos analíticos diagnosticados em outra instituição.

Tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta na instituição	N	%
< 1 semana	7	11,9
1 semana a 1 mês	8	13,6
1 mês a 2 meses	12	20,3
2 a 3 meses	14	23,7
3 a 6 meses	8	13,6
> 6 meses	10	16,9
Total	59	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

Para os casos diagnosticados no HU, o período de tempo entre o diagnóstico do tumor e o início do tratamento foi menor que uma semana em sua maioria (68,8%). Em 8,4% dos casos o tempo foi entre uma semana e um mês. 6,1% dos casos tiveram início do tratamento mais de seis meses após o diagnóstico. **(TABELA 16)** Entre esses últimos, 54,5% eram tumores de pele, 9,1% de tireóide e 6,8% do sistema hematopoiético e reticuloendotelial. Ainda entre os casos com mais de seis meses entre diagnóstico e tratamento, 47,7% evoluíram sem evidência de doença, 4,5% foram a óbito e para 31,8% não há informação sobre o desfecho.

Dos casos tratados na instituição cujo tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi maior que seis meses, 29,5% foram diagnosticados em outras instituições e encaminhados ao HU.

Tabela 16 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento – casos analíticos diagnosticados na instituição.

Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento	N	%
< 1 semana	350	68,8
1 semana a 1 mês	43	8,4
1 mês a 2 meses	34	6,7
2 a 3 meses	19	3,7
3 a 6 meses	26	5,1
> 6 meses	31	6,1
Início do tratamento antes do diagnóstico	4	0,8
Sem informação	2	0,4
Total	509	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

O tempo entre a primeira consulta no HU e o início do tratamento foi menor que uma semana em 20,6% do total de casos. Na maioria (26,1%) este período foi de uma semana a um mês e em 67 casos (11,6%) maior que seis meses. Dessa forma, 46,7% dos pacientes com câncer atendidos no HU em 2007 tiveram sua primeira consulta e o início do tratamento dentro do período de um mês, sem diferença significativa entre as clínicas de atendimento. **(TABELA 17)**

Tabela 17 – Distribuição dos casos de câncer atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento – casos analíticos.

Tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento	N	%
< 1 semana	119	20,6
1 semana a 1 mês	151	26,1
1 mês a 2 meses	110	19,0
2 a 3 meses	62	10,7
3 a 6 meses	67	11,6
> 6 meses	67	11,6
Sem informação	2	0,3
Total	578	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

O **Quadro 1**, a seguir, sintetiza as características mais prevalentes dos pacientes com câncer atendidos no HU no ano de 2007 conforme o sexo.

QUADRO 1 – Características mais prevalentes segundo o sexo – RHC HU/UFSC 2007

	Sexo Masculino	Sexo Feminino	TOTAL
	N (%)	N (%)	N (%)
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Faixa Etária			
60-69 anos	90 (30,8%)	60 (23,8%)	158 (27,3%)
Cor			
Branca	262 (89,7%)	250 (87,4%)	512 (88,6%)
Nível de Escolaridade			
Fundamental Incompleto	129 (44,2%)	126 (44,1%)	255 (44,1%)
Ocupação			
Agricultores/Agropecuaristas	35 (12%)	22 (7,6%)	57 (9,8%)
Mesorregião catarinense de procedência			
Grande Florianópolis	72 (24,7%)	27 (9,4%)	99 (17,1%)
CARACTERÍSTICAS DO DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico e/ou tratamento anterior			
Sem diagnóstico/Sem tratamento	266 (91,1%)	243 (85%)	509 (88,1%)
Base mais importante para o diagnóstico			
Histologia do tumor primário	246 (84,2%)	246 (86%)	492 (85,1%)
Localização do tumor primário			
Pele	197 (67,5%)	162 (56,6%)	359 (62,1%)
Localização do tumor primário – exceto pele não melanoma			
Sistema hematopoiético e reticuloendotelial	14 (4,8%)		14 (4,8%)
Mama		32 (11,2%)	32 (11,2%)
CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO			
Clínica de primeiro atendimento			
Cirurgia Plástica	125 (42,8%)	116 (40,6%)	241(41,7%)
Primeiro tratamento realizado			
Cirurgia	264 (90,4%)	263 (92%)	527 (91,1%)
Estado da doença ao final do tratamento			
Remissão Completa	150 (51,4%)	158 (55,2%)	308 (53,3%)
ANÁLISES TEMPORAIS			
Tempo entre primeira consulta e diagnóstico			
< 1 semana	83 (28,4%)		83 (28,4%)
1 semana a 1 mês		70 (24,5%)	70 (24,5%)
Tempo entre diagnóstico e tratamento			
< 1 semana	196 (67,1%)	158 (55,2%)	354 (69,5%)
Tempo entre primeira consulta e tratamento			
1 semana a 1 mês	85 (29,1%)	66 (23,1%)	151 (26,1%)

4.6 Casos Não-analíticos

Entre os casos registrados como não analíticos 29,2% não receberam tratamento antineoplásico na instituição por falta de condições clínicas devido à doença avançada. Em 40,1% os pacientes não realizaram tratamento no HU por outras razões, sendo a mais prevalente o encaminhamento para outra instituição. (TABELA 18)

Ainda entre os casos não analíticos, 123 (89,8%) tiveram seu diagnóstico realizado no HU e 79,7% tiveram confirmação diagnóstica através de exame histológico ou cito patológico.

Tabela 18 – Distribuição dos casos de câncer não analíticos atendidos no Hospital Universitário da UFSC no ano de 2007 segundo principal razão para a não realização do tratamento antineoplásico no hospital.

Razão para não tratamento na instituição	N	%
Outras	55	40,1
Doença avançada, falta de condições clínicas	40	29,2
Recusa do tratamento	5	3,6
Outras doenças associadas	4	2,9
Óbito	3	2,2
Abandono do tratamento	2	1,5
Complicações do tratamento	1	0,7
Sem informação	27	19,7
Total	137	100,0

Fonte: RHC HU/UFSC

5. DISCUSSÃO

A Vigilância Epidemiológica atua no monitoramento e na análise de possíveis mudanças no perfil das enfermidades e é de grande relevância para a sociedade contribuindo para a educação e o planejamento de ações na área da saúde. Sabendo que o número de casos novos de câncer em todo o mundo alcançará cerca de 20 milhões no ano 2020 - segundo estimativas da UICC - os RHCs, como ferramentas de Vigilância Epidemiológica, têm o objetivo de conhecer o perfil da população assistida na instituição, os recursos utilizados e a efetividade dos tratamentos oferecidos contra o câncer, visando à criação de um panorama científico sobre a doença.^{7, 16}

O presente estudo traçou o perfil dos pacientes com câncer, atendidos no HU no ano de 2007, consolidando-se como o primeiro relatório de dados gerado através do RHC HU/UFSC. A seguir serão destacados os principais aspectos descritos nos resultados deste estudo, sua relevância e comparação dos mesmos com dados mundiais, nacionais, estaduais e municipais a respeito do câncer quando relevante. A comparação se dará conforme a disponibilidade e comparabilidade dos dados. É importante ressaltar que os dados do RHC são referentes a casos de tumores e não a pacientes. Portanto, o registro de mais de um tumor pode ser feito para um mesmo paciente.

O projeto GLOBOCAN 2008, da IARC, estimou que no ano de 2008 ocorreram mais de 12 milhões de novos casos de câncer no mundo. Para o Brasil, essa estimativa foi de mais de 300 mil casos.¹⁷ A publicação bienal “Estimativa 2006”, do INCA, estimou que em Santa Catarina mais de 18 mil novos casos de câncer fossem diagnosticados, sendo mais de 1.200 em Florianópolis, no ano de 2006.¹⁸

No ano de 2007, 715 casos de câncer foram atendidos no Hospital Universitário da UFSC. No contexto dos RHCs esse número representa o volume da assistência do câncer prestada pelo hospital, dá visibilidade a respeito da instituição como centro de referência, além de ser de utilidade ao RCBP do município.^{9, 19} Sua subnotificação prejudica, pois, as três esferas.^{18, 20} Como esse foi o primeiro ano de registros consolidados pelo RHC/HU, a partir das próximas publicações o número total de atendimentos passa a apresentar título de comparabilidade.

O **Quadro 2** abaixo traz o número total de atendimentos de pacientes com câncer nas UNACONs de Santa Catarina no ano de 2007, segundo dados do INCA.

Quadro 2 - Número de casos de câncer atendidos – UNACONs SC (2007)

Unidade hospitalar (CIDADE)	Total
HOSPITAL DE CARIDADE (FLORIANÓPOLIS)	942
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN (ITAJAÍ)	396
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ (JOINVILLE)	975
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO (TUBARÃO)	101
HOSPITAL REGIONAL DO OESTE (CHAPECÓ)	1.161
HOSPITAL SAO BRAZ (PORTO UNIÃO)	262
HOSPITAL SAO JOSÉ (CRICIÚMA)	706
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC (FLORIANÓPOLIS)	715
ONCO CLÍNICA JARAGUÁ LTDA (JARAGUÁ DO SUL)	424

Fonte: IntegradorRHC - INCA

Conhecer o verdadeiro número de atendimentos na instituição é de fundamental importância, no entanto, para análises do perfil da rede assistencial devem ser selecionados os casos analíticos, pois são aqueles com que o hospital tem maior compromisso e responsabilidade com os resultados finais.⁷ Do total de casos de câncer atendidos no HU em 2007, 578 (80,8%) foram considerados analíticos. O registro dos dados a respeito desses é alvo prioritário do RHC/HU, pois se referem aos casos dos pacientes com patologia neoplásica maligna com tratamento realizado na própria instituição. Nos hospitais que atendem preferencialmente pacientes com câncer, espera-se que apresentem uma proporção maior de casos analíticos que os hospitais de atendimento geral.⁷ Dentre os hospitais com serviço especializado em oncologia de Santa Catarina, o RHC/CEPON registrou, no ano de 2008, 2.090 casos de câncer, sendo 1649 (78,9%) analíticos e o RHC da Oncoclínica Jaraguá registrou 424 casos, sendo 423 (99,8%) analíticos.²⁰ Aos casos analíticos são dedicados maiores recursos, incluindo o seguimento desses casos ao longo dos próximos anos e a realização de análises específicas e detalhadas das informações correspondentes a esse conjunto de pacientes. Além da importância de se conhecer o número de casos analíticos, outro objetivo dessa classificação é não perder o registro dos casos que, mesmo não constituindo interesse prioritário do RHC, são atendidos no hospital e consomem recursos dos serviços de saúde. 137 casos não analíticos foram registrados para o HU em 2007, representando 19,2% do total.

Dentre os casos analíticos a distribuição por sexo foi equilibrada (masculino 50,5%, feminino 49,5%), refletindo a distribuição do câncer desde o nível mundial a municipal.^{17, 18,}

²¹ A distribuição entre os sexos foi da mesma forma equilibrada nas demais instituições hospitalares de Santa Catarina registradas no INCA em 2007.²⁰

A informação referente ao sexo do paciente deve ser sempre registrada por se constituir em um dado de identificação e em campo de crítica de entrada de dados para determinadas topografias de tumor, como os tumores uterinos nas mulheres e de próstata nos homens, por exemplo.⁹

Cerca de 7.6 milhões de pessoas morreram tendo como causa o câncer no ano de 2008, em todo o mundo. Este número está projetado para 13.2 milhões de mortes em 2030. Embora seja conhecida a importância de fatores de risco potencialmente modificáveis na prevenção do câncer – tabagismo, dieta inadequada, inatividade física, obesidade, e determinadas infecções – sabe-se que o aumento progressivo no número de casos de câncer e de óbito devido a essa doença se dá principalmente pelo aumento da população e sua expectativa de vida, o que aumenta o número de anos de exposição aos fatores citados.²² No Brasil, a estimativa para as próximas décadas é de que a população idosa (acima dos 65 anos) cresça de 2 a 4% ao ano. Essa mudança na distribuição etária tem levado a uma reorganização dos sistemas de saúde, pois essa população exige cuidados que configuram em um desafio devido às doenças crônicas que apresentam, incluindo o câncer.²³ Neste estudo, a faixa etária de maior incidência no momento do diagnóstico foi de 60 a 69 anos de idade, seguida pela faixa entre 50 e 59 anos de idade. Dados do RHC/CEPON para o ano de 2002 e do RHC do Hospital de Caridade de Florianópolis para o ano de 2007 indicam maior prevalência de câncer na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade.^{20, 24} A distribuição etária para o sexo feminino se concentrou em idades mais jovens (50-59 anos) que para o sexo masculino no RCBP de Florianópolis (2000), dado que se repete nas distribuições nacionais e mundiais, evidenciando que as mulheres desenvolvem câncer - principalmente devido aos tumores de mama e colo de útero - em idades mais jovens do que os homens.^{5, 17, 21} Portanto, a análise da faixa etária é de extrema importância nos estudos sobre o câncer, principalmente devido aos padrões próprios de incidência segundo a idade.²¹ Neste estudo, para o sexo feminino, a topografia mais frequente de tumores em pacientes jovens com idade abaixo dos 45 anos foram mama e tireóide.

Em 88,6% dos casos analíticos a cor do paciente era branca. Apesar de haver dificuldade na classificação da cor de pele no Brasil, devido à grande miscigenação existente, essa informação está em acordo com as estatísticas de distribuição para o estado de Santa Catarina. Segundo dados do IBGE de 2009, 85,7% da população catarinense é branca.²⁵ Sabe-se que a incidência de câncer de pele vem aumentando na população mundial ao longo dos anos e ter a pele de cor clara se destaca como fator de risco para esses tumores.²⁶ 87,4% dos casos de tumores de pele deste estudo ocorreram em pacientes de cor branca.

Além da associação do câncer a fatores de risco como herança genética, hábitos e costumes, existem fatores de risco de natureza ambiental que sabidamente predispõem o indivíduo a determinados tipos de câncer.²⁷ Por isso, o registro da ocupação do paciente quando se coleta dados a respeito de câncer é fundamental. Apesar de a ocupação principal do paciente não ter sido estabelecida em 62,1% dos casos neste estudo, em 9,8% dos casos os pacientes eram trabalhadores ligados a agricultura e/ou agropecuária. Dentro desse grupo, 59,6% dos casos corresponderam a tumores de pele. Sabendo que a exposição solar é o principal fator determinante para o desenvolvimento destes tumores, o dado acima sugere que a exposição aos raios ultravioleta no ambiente de trabalho deste grupo de pacientes foi um fator de risco para o desenvolvimento da doença.²⁶ Por esse fato, e estando a agricultura e a pecuária entre as atividades econômicas mais importantes do estado, urge a necessidade de políticas de saúde visando à conscientização da população, principalmente esses trabalhadores, em relação à proteção contra a exposição solar em excesso através do uso de filtros de proteção solar entre outras medidas. Em Dezembro de 2010, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei, que atualmente tramita no Senado, que obriga o SUS a distribuir filtros solares a quem trabalha exposto à luz solar.²⁸ Apesar de terem sido registrados apenas nove casos (1,6%) referentes à ocupação relacionada à pesca, acreditamos ter havido subnotificação desta ocupação. O grupo desses trabalhadores, principalmente na região litorânea, merece também muita atenção no sentido de promoção da prevenção à exposição excessiva aos raios ultravioleta do sol.

Em se tratando do diagnóstico dos tumores, em 88,1% dos casos os pacientes chegaram ao hospital sem diagnóstico ou tratamento anteriores – a maior porcentagem entre todos os UNACONs de SC para o ano de 2007.²⁰ Apenas 10,6% foram encaminhados para realização do tratamento já havendo diagnóstico prévio. Este fato pode ser explicado por ser o HU uma instituição de referência para todos os municípios do estado e prestar atendimento nos três níveis de atenção à saúde. No caso de hospitais especializados em oncologia, os pacientes deveriam chegar com diagnóstico firmado ou para confirmação, de forma que o tratamento fosse instituído o mais precocemente possível. Esse item permite avaliar se o hospital tem funcionado como centro de referência ou se atua também como unidade de diagnóstico.⁷

O grau máximo de certeza no diagnóstico de uma neoplasia maligna é dado pela histologia do tumor primário (exames microscópicos, imunohistoquímica, imunofenotipagem, citogenética) de material coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame post-mortem.

Contudo, os casos sem diagnóstico citológico ou histológico não devem ser excluídos, pois informações valiosas seriam perdidas; daí a necessidade de considerar o diagnóstico de câncer em bases puramente clínicas, menos confiáveis que as patológicas. Especificamente para o diagnóstico de leucemias, considera-se o hemograma como histologia do tumor primário, uma vez que o sangue é o único tecido líquido do organismo.⁹ Nessa pesquisa, a histologia do tumor primário foi a base mais importante para o diagnóstico do tumor em 85,1% dos casos e em 7,8% o diagnóstico foi firmado através de citologia ou hematologia, ou seja, em 94,3% dos casos houve confirmação anátomo ou citopatológica. Os demais RHCs do estado e o RCBP de Florianópolis (2000) também tiveram a histologia do tumor primário como base mais importante para o diagnóstico na maioria dos casos registrados – variando entre 73% e 99%²⁰ Vale ressaltar que o percentual de casos de neoplasia maligna com confirmação anatomopatológica é uma das medidas utilizadas pelo INCA para avaliar a qualidade dos dados de um RHC e também como indicador de efetividade da assistência prestada ao hospital. Percentual maior ou igual a 95% é considerado de caráter essencial. Com 94,3%, o RHC HU/UFSC está muito próximo de atingir essa meta.⁷

A informação a respeito da distribuição da topografia – sítio do tumor primário – é a principal análise do conjunto de dados do RHC, principalmente quando se evidencia a frequência de cada topografia e sua ocorrência entre os sexos.⁹ Dos casos de câncer atendidos no HU em 2007, as topografias mais frequentes no sexo masculino foram: pele (67,5%), sistema hematopoiético e reticuloendotelial (4,8%), estômago (4,5%), próstata (3,1%) e cólon (2,4%); no sexo feminino foram: pele (56,6%), mama (11,2%), tireóide (6,6%), sistema hematopoiético e reticuloendotelial (5,2%) e cólon (2,8%). Os quadros abaixo mostram de forma comparativa a distribuição das topografias mais frequentes segundo o sexo em nível mundial, nacional, estadual, na cidade de Florianópolis e no HU UFSC.

Quadro 3 – Topografias de câncer mais frequentes no sexo masculino.

	GLOBOCAN 2008 (MUNDO)¹⁷	GLOBOCAN 2008 (BRASIL)¹⁷	ESTIMATIVA 2006 (SC)¹⁸	ESTIMATIVA 2006 (FPOLIS)¹⁸	RCBP FPOLIS (2000)²¹	RHC HU 2007
1	PELE	PELE	PELE	PELE	PELE	PELE
2	PULMÃO	PRÓSTATA	PRÓSTATA	PRÓSTATA	PRÓSTATA	SIST. HEMATOP. E RETICUL.
3	PRÓSTATA	PULMÃO	PULMÃO	PULMÃO	PULMÃO	ESTÔMAGO
4	CÓLON/RETO	ESTÔMAGO	ESTÔMAGO	CÓLON/RETO	BEXIGA	PRÓSTATA
5	ESTÔMAGO	CÓLON/RETO	CÓLON/RETO	ESTÔMAGO	ESTÔMAGO	CÓLON

Quadro 4 – Topografias de câncer mais frequentes no sexo feminino.

	GLOBOCAN 2008 (MUNDO)¹⁷	GLOBOCAN 2008 (BRASIL)¹⁷	ESTIMATIVA 2006 (SC)¹⁸	ESTIMATIVA 2006 (FPOLIS)¹⁸	RCBP FPOLIS (2000)²¹	RHC HU 2007
1	PELE	PELE	PELE	PELE	PELE	PELE
2	MAMA	MAMA	MAMA	MAMA	MAMA	MAMA
3	CÓLON/RETO	COLO DE ÚTERO	COLO DE ÚTERO	COLO DE ÚTERO	COLO DE ÚTERO	TIREÓIDE
4	COLO DE ÚTERO	CÓLON/RETO	CÓLON/RETO	CÓLON/RETO	TIREÓIDE	SIST. HEMATOP. E RETICUL.
5	PULMÃO	PULMÃO	PULMÃO	PULMÃO	CÓLON/RETO	CÓLON

Os tumores de pele não melanoma são as neoplasias mais incidentes no mundo, sendo mais comuns os carcinomas basocelulares e de células escamosas.¹⁶ A inclusão desses tumores nos registros dos RHCs fica critério de cada instituição que os incluirá na lista de tumores notificáveis.⁹ Devido ao alto grau de subnotificação, suas taxas de incidência devem sempre ser consideradas como mínimas. No Brasil, principalmente na região Sul - cuja população na sua maioria é de pele clara - a incidência de câncer de pele é alta chegando nesta região a 87/100.000. Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é considerada baixa.⁴ Assim, os tumores de pele não melanoma são os tipos de câncer mais incidentes na população brasileira, catarinense e mais prevalentes na população em estudo nesta pesquisa - 62,1% dos casos. Os pacientes com tumores de pele atendidos no HU em 2007, na sua maioria, tinham entre 60 e 69 anos (30,9%), 94,4% chegaram à instituição sem diagnóstico e sem tratamento, 99,2% foram inicialmente tratados inicialmente com cirurgia, que foi realizada pelo serviço de Cirurgia Plástica em 66,6% dos casos, apresentando remissão da doença ao final do tratamento em 66,6% deles - nenhum caso de óbito por esse tumor foi registrado.

Apesar da baixa letalidade, o atraso no diagnóstico desses tumores pode trazer seqüelas aos pacientes e seu diagnóstico e tratamento oneram os serviços de saúde devido ao grande volume de ocorrências.²⁹ A maioria dos cânceres de pele ocorre devido à exposição excessiva ao sol e entre outros fatores de risco estão a história familiar, tabagismo, doenças imunossupressoras e exposição ocupacional, como delineado acima neste estudo. O número de casos de câncer de pele atendido pelo HU (359 casos) foi o maior entre os UNACONs do estado para o ano de 2007, seguido pelo Hospital Municipal São José (Joinville) com 273 casos, Hospital Regional do Oeste (Chapecó) com 191 casos e a Oncoclínica Jaraguá (Jaraguá do Sul) com 172 casos.²⁰ A prevenção do câncer de pele, inclusive os melanomas, inclui ações de prevenção primária, por meio de proteção contra luz solar, que são efetivas e de baixo custo. O autoexame também contribui para o diagnóstico precoce. A educação em saúde, tanto para profissionais quanto para a população em geral, no sentido de alertar para a possibilidade de desenvolvimento desse câncer e de possibilitar o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade é uma estratégia internacionalmente aceita.³⁰

O câncer da mama é o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres em todo o mundo, em todo o Brasil, em Santa Catarina, na cidade de Florianópolis e na população de estudo dessa pesquisa - sua epidemiologia é, pois, de extrema importância em saúde pública. O câncer de mama figura como o segundo câncer mais atendido no HU e segundo mais atendido entre as mulheres no ano estudado – 32 casos (5,5% do total). Ocorreu em mulheres brancas em 28 (87,5%) dos casos, 10 (31,2%) na faixa etária de 50 a 59 anos, 25 (78,1%) chegaram à instituição sem diagnóstico e sem tratamento prévio, 24 (75%) foram tratadas pelo serviço Mastologia, com tratamento cirúrgico em 100% dos casos. Houve remissão completa da doença em 15 (46,9%) dos casos e nenhum óbito foi registrado. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.¹⁸ Em estudo realizado na cidade de Florianópolis a taxa de sobrevida geral em cinco anos foi de 76,2%.³¹ Além dos fatores hormonais, outros fatores de risco – comuns a outros tipos de câncer – estão associados ao câncer de mama, como a obesidade pós menopausa e exposição à radiação ionizante. Porém, a prevenção primária deste câncer ainda não é totalmente possível, pois fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia.

Estudos têm sido realizados no sentido de validar novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias, como o Brasil, de forma que o único método de detecção precoce que, até o momento, mostrou reduzir a mortalidade por câncer de mama foi o rastreamento populacional com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Segundo o Consenso do Controle do Câncer de Mama, as campanhas de diagnóstico por meio de rastreamento por mamografia devem ser realizadas em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, e para mulheres com idade a partir dos 40 anos, o rastreamento deve ser realizado por exame clínico das mamas.³²

Entre os tumores do sistema hematopoiético e reticuloendotelial – terceira topografia mais frequente, com 29 (5%) casos – o mieloma múltiplo correspondeu a 17,2%, 5 casos, mesma porcentagem que a leucemia promielocítica aguda. A leucemia linfocítica aguda foi responsável por 3 (10,3%) casos e a leucemia mieloblástica aguda, leucemia mieloide aguda e trombocitemia essencial foram responsáveis cada uma por 2 (6,9%) casos. O que chama atenção dentro do grupo das neoplasias hematológicas é a porcentagem de óbitos como desfecho da doença ao final do primeiro tratamento – 41,4% (12 casos), representando a maioria dos casos do grupo. Os pacientes com tumores do sistema hematopoiético e reticuloendotelial atendidos tinham em sua maioria entre 70 e 79 anos de idade (8 casos - 27,6%), 15 (86,2%) eram de cor branca, 20 (69%) chegaram ao hospital sem diagnóstico ou tratamento, 28 (96,6%) foram tratados pelo serviço de Hematologia sendo a quimioterapia o primeiro tratamento recebido em 26 (89,7%) dos casos. Já na topografia dos linfonodos (1,7% dos casos), 10 casos de linfoma foram tratados na instituição. Desses, 3 (30%) correspondem à pacientes com faixa etária entre 20 e 29 anos, 9 (90%) chegaram ao hospital sem diagnóstico ou tratamento, todos realizaram quimioterapia, 4 (40%) evoluíram com remissão completa da doença enquanto 3 (30%) evoluíram a óbito.

A incidência do câncer de tireóide na população estudada foi de 3,8% (22 casos) - estando em quarto lugar na lista de neoplasias mais frequentes – sendo responsável por 6,6% dos casos no sexo feminino. 19 (86,4%) casos de câncer de tireóide ocorreram no sexo feminino, todos em paciente de cor branca, 5 (22,7%) tinham entre 30 e 39 anos de idade e 5 (22,7%) entre 50 e 59 anos de idade. 14 (63,6%) foram tratados pelo serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 21 (95,5%) tiveram como cirurgia o primeiro tratamento; 15 (68,2%) evoluíram sem evidência de doença e houve um óbito.

Segundo a IARC, as taxas de incidência de câncer de tiróide têm se mantido estáveis ou apresentado pequeno aumento (<1% ao ano) durante as últimas décadas; a mortalidade vem declinando acentuadamente, o que se deve a melhoria nos protocolos terapêuticos. Esse câncer ocorre a uma taxa de 2-5/100.000 em mulheres e 1-2/100.000 em homens.³⁰ O aumento do número de diagnósticos deste tipo de câncer no mundo tem ocorrido principalmente no tipo histológico de prognóstico mais favorável (papilífero) e praticamente todos se referem a tumores com menos de 2 cm de diâmetro. A alta taxa de diagnósticos reflete algumas combinações entre o aumento na tendência de os médicos realizarem palpação cervical em busca de massas (e então solicitarem ultra sonografia) e detecção incidental em ultra sonografia e tomografias computadorizadas solicitadas por outras razões.³³

Os tumores de estômago estão na quinta posição de tumores mais frequentemente registrados neste estudo, com 19 casos (3,3% do total), ocorrendo principalmente em homens (4,5% dos tumores nesse grupo), 18 (94,7%) eram brancos, 12 (63,2%) com idade entre 40 e 69 anos de idade, em 13 (68,4%) dos casos chegaram ao hospital sem diagnóstico ou tratamento prévio, 17 (89,5%) realizaram tratamento cirúrgico, sendo 14 (73,7%) com o serviço de Cirurgia Geral. O diagnóstico histopatológico foi de carcinoma de células acinares em 8 (42,1%) dos casos e adenocarcinoma tubular em 6 (31,6%). Ao final do tratamento houve registro de um óbito e em 8 (42,1%) dos casos houve remissão completa da doença ao final do primeiro tratamento. No mundo, o câncer de estômago se configura como a quarta neoplasia mais comum e, em termos de mortalidade, é a segunda principal causa de óbito por câncer, perdendo apenas para as neoplasias de pulmão. Em geral, sua magnitude é de duas a três vezes maior nos países em desenvolvimento e é maior no sexo masculino que no feminino. A diminuição na incidência de câncer de estômago tem sido observada em vários países e pode ser explicada pela redução nas taxas de prevalência de fatores de risco – principalmente alimentares. Estratégias para a prevenção do câncer de estômago incluem melhorias no saneamento básico, mudanças no estilo de vida da população, modificação do consumo alimentar, cessação do tabagismo e manutenção do peso corporal. A infecção por *Helicobacter pylori* continua sendo o maior fator de risco para o desenvolvimento do câncer de estômago, aumentando cerca de seis vezes a incidência desse tipo de câncer. A sobrevida relativa, em cinco anos, considerada baixa, é de cerca de 30% na maioria dos países desenvolvidos e de 20% para os países em desenvolvimento.⁴

O câncer de cólon é a terceira causa mais comum de câncer no mundo em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos.

Os padrões geográficos são bem similares entre homens e mulheres; porém o câncer de reto é cerca de 20% a 50% mais frequente em homens na maioria das populações.¹⁷ No presente estudo, os tumores de cólon foram a sexta neoplasia mais comum, com 15 casos, sendo a quinta mais frequente entre os homens (2,4% dos tumores nesse grupo) e também a quinta mais frequente em mulheres (2,8% nesse grupo). Os pacientes tinham entre 60 e 69 anos de idade em 5 (33,3%) casos, eram brancos em 13 (86,7%), foram tratados pelo serviço de Proctologia em 9 (60%) dos casos e de Cirurgia Geral em 6 (40%); todos chegaram ao hospital sem diagnóstico ou tratamento prévio e todos realizaram cirurgia como primeiro tratamento. 6 (40%) mantinham a doença em progressão ao final do tratamento e 2 óbitos foram registrados (13,3% dos casos). Na maioria dos casos (10 - 66,7%) a análise histopatológica do tumor revelou adenocarcinoma tubular. A sobrevida média global para o câncer de cólon/reto em cinco anos se encontra em torno de 55% nos países desenvolvidos e 40% para países em desenvolvimento. Esse relativo bom prognóstico faz com que o câncer de cólon e reto seja o segundo tipo de câncer mais prevalente em todo o mundo, com aproximadamente 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas com essa neoplasia, ficando atrás somente do câncer de mama em mulheres. A história familiar de câncer de cólon e reto e a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino (como as poliposes adenomatosas) configuram-se como o mais importante fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de neoplasia, além de fatores alimentares e idade avançada. A detecção precoce de pólipos adenomatosos colorretais e de cânceres localizados é possível pela pesquisa de sangue oculto nas fezes e através de métodos endoscópicos. A história natural dessa neoplasia propicia condições ideais à sua detecção precoce.³⁰

O câncer de próstata é o câncer mais incidente entre os homens na região Sul do Brasil, com um risco estimado de 69 novos casos a cada 100 mil homens. Excluindo os casos de câncer de pele não-melanoma, o câncer de próstata é o mais frequente em todas as regiões do país. Em todo o mundo, o câncer de próstata é o sexto tipo mais comum e o mais prevalente entre homens. Embora as taxas de incidência estejam aumentando rapidamente, em muitos países as taxas de mortalidade estão apresentando declínio, desde que o diagnóstico seja feito em estágios iniciais da doença. Embora seja a segunda neoplasia mais prevalente no sexo masculino em todo o mundo, no Brasil, em Santa Catarina e também nos registros do ano 2000 do RCBP de Florianópolis, o câncer de próstata foi a quarta neoplasia mais frequente entre os homens neste estudo.

5 pacientes (55,6%) tinham entre 60 e 69 anos de idade, 8 (88,9%) eram brancos, 7 (77,8%) chegaram ao HU sem diagnóstico ou tratamento prévio, sendo tratados em 100% dos casos com cirurgia, 7 (81,9%) pelo serviço de Urologia. O tipo histológico mais comum foi o carcinoma de células acinares. Embora a aplicação maciça da análise dos níveis de PSA (Antígeno Prostático Específico) venha contribuindo para a diminuição nas taxas de mortalidade, isso não explica todo o efeito sobre este dado.

A etiologia do câncer de próstata é ainda hoje obscura e há fracas evidências de relação com práticas dietéticas.³⁰

O câncer de pulmão é a causa mais comum de morte por câncer no mundo. Na estimativa para o ano de 2008 no Brasil, sem considerar os casos de câncer de pele não-melanoma, o câncer de pulmão foi considerado o segundo mais incidente entre homens, depois do câncer de próstata.²⁹ Os índices de sobrevida são baixos e não há exame de rastreamento efetivo disponível. O tabagismo é responsável por ao menos 80% dos tumores de pulmão e pode ser uma das explicações para a maior incidência na região Sul. Outros agentes carcinogênicos estão relacionados, mas o controle do tabagismo é a principal ferramenta de controle.³⁰

Apenas 10 casos (1,7% do total) foram atendidos no HU em 2007 correspondem a casos de câncer de pulmão, que em 8 (80%) se apresentaram em pacientes de 60 a 69 anos, 5 (50%) dos casos tratados pela Pneumologia e 4 (40%) pela Cirurgia Torácica. Em todos os casos os pacientes chegaram ao hospital sem diagnóstico ou tratamento. 6 (60%) realizaram cirurgia e 4 (40%) quimioterapia.

A baixa prevalência dos tumores de próstata e pulmão neste estudo se deve provavelmente ao fato de o HU não possuir serviço de oncologia clínica atuante. Acredita-se que os pacientes diagnosticados com esses tipos de câncer no HU sejam em sua maioria encaminhados ao CEPON, que no ano de 2008 registrou 122 casos dessa neoplasia.²⁰

No contexto do impacto sobre a sobrevida do paciente com câncer, a condição ideal seria que o diagnóstico fosse feito sempre com a doença em estado inicial, onde as chances de cura são maiores. Foi a partir da utilização do Sistema TNM – que avalia a extensão do tumor primário (T), ausência ou presença e a extensão de metástases em linfonodos regionais (N) e ausência ou presença de metástases à distância (M) – que a avaliação do estado da doença se tornou objetiva e padronizada.¹³ A Classificação TNM é utilizada desde 1952 e vem sofrendo inúmeras reedições para aperfeiçoamento ao longo dos anos.

A prática de se dividir os casos de câncer em grupos, de acordo com os chamados estádios surgiu do fato de que as taxas de sobrevida eram maiores para os casos nos quais a doença era localizada e menores nos que a doença tinha se estendido além do órgão de origem. O estágio da doença na ocasião do diagnóstico pode ser um reflexo não somente da taxa de crescimento e extensão da neoplasia, mas também do tipo de tumor e da relação tumor-hopedeiro. Assim, o estadiamento do câncer é consagrado por tradição, e para o propósito de análise de grupos de pacientes é frequentemente necessário usar tal método.

A UICC acredita que é importante alcançar a concordância no registro da informação precisa da extensão da doença para cada localização anatômica, pois a descrição clínica precisa e a classificação histopatológica das neoplasias malignas podem ser de interesse médico no planejamento do tratamento, na indicação de prognóstico, além de facilitar a troca de informações entre centros de tratamento e contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer. Neste estudo, 73,9% dos casos de câncer não tiveram seu estadiamento TNM registrado, o que se deve principalmente à falta de disponibilidade dessa informação nos prontuários médicos. Além disso, o pTNM - estadiamento através de exame histopatológico - não foi registrado em 71,8% casos. A problemática da falta dessa informação nos prontuários não é exclusiva do RHC HU/UFSC.

O registro de casos sem estadiamento TNM nos demais UNACONs de SC registrados no INCA variou de 0,3% a 67,1%.²⁰

A maioria dos casos de câncer atendidos no HU em 2007 recebeu como tratamento antineoplásico a cirurgia (91,2%), o que se deve ao fato de que entre os tumores mais prevalentes estão os de pele (62,1%), mama (5,5%), tireóide (3,8%), estômago (3,3%) e cólon (2,6%), cujas cirurgias de ressecção constam como importantes – por vezes principais – componentes dos protocolos terapêuticos. O tratamento quimioterápico foi realizado em 43 (7,4%) casos, visto que as neoplasias dos linfonodos e do sistema hematopoiético e reticuloendotelial corresponderam a 6,7% dos casos e sendo a quimioterapia parte dos protocolos terapêuticos das demais neoplasias mais frequentes. Os dois casos em que não foi realizado tratamento se referem a dois casos não analíticos que foram registrados erroneamente como analíticos no momento da digitação dos dados no SisRHC. O erro foi comunicado ao RHC para que seja providenciada a correção antes da publicação oficial do Relatório de Dados do RHC HU/UFSC.

As análises temporais evidenciaram que a partir do momento em que o paciente deu entrada no HU para sua primeira consulta em relação ao tumor, 149 (29,3%) casos levaram menos de uma semana para terem seu diagnóstico estabelecido.

Os pacientes diagnosticados em outras instituições e encaminhados ao HU levaram, em 14 (23,7%) casos, de dois a três meses para terem sua primeira consulta no hospital. Essa análise é de extrema importância, pois reflete a qualidade da assistência à saúde da população atendida pelo SUS. Com diagnóstico firmado, 68,8% dos casos iniciaram o tratamento em menos de uma semana. Em 31 (6,1%) casos o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi maior que seis meses. Não há análises temporais disponíveis publicamente a respeito dos RHCs de outros UNACONs catarinenses a título de comparabilidade.

As análises em relação aos casos não analíticos (19,2% do total) mostram os casos que foram diagnosticados no HU, consumindo recursos da instituição. 29,2% desses casos não realizaram tratamento antineoplásico na instituição por falta de condições clínicas devido à doença avançada e 40,1% não tiveram tratamento realizado no HU por outras razões. Dentre essas, a mais comum é a realização do tratamento em outras instituições que disponibilizam tratamento em oncologia clínica, serviço não disponível no HU.

A principal limitação do estudo consistiu nos dados registrados no SisRHC como “sem informação”. Isso ocorre quando no momento do resgate das informações através dos prontuários médicos a informação buscada não é encontrada ou, quando é encontrada não é válida, como nos casos de palavras ilegíveis.

Assim, todos os esforços na tentativa de gerar banco de dados o mais consistente possível serão em vão se não for encontrada suficiência de informações nos prontuários médicos. O prontuário médico é muitas vezes negligenciado, no entanto suas informações deveriam ser detalhadas de forma correta, completa e com letra legível. Quando isso não acontece, o prejuízo se instala em vários níveis: paciente, médico, instituição, visibilidade do hospital como centro de referência e atingindo até mesmo as políticas de prevenção e controle do câncer, e na saúde como um todo. Na tentativa de minimizar esse problema, o aprimoramento das informações registradas nos prontuários deve ocorrer por mudança de paradigmas numa visão holística de saúde e não por exigências.¹⁹ Em países em desenvolvimento, os RHCs podem se tornar não mais que uma extensão dos registros médicos, podendo ser muito limitados a instituições com recursos de quimioterapia e radioterapia especializados apenas no atendimento ao câncer. No entanto, é importante ressaltar que um RHC bem estruturado em termos de recursos humanos, espaço físico, integrado ao SPP e prezando pela qualidade das informações, pode ser o primeiro passo para a coleta de informações de um RCBP. Os dois tipos de registro são destinados a prover diferentes informações a respeito do câncer, mas a colaboração mútua certamente multiplica o potencial de ambos.²

Embora os RHCs tenham a vantagem do resgate das informações ser mais acessível que para os RCBPs – pois as informações estão nos prontuários do próprio hospital – há dificuldade em se encontrar muitas informações devido a falta de conscientização científica a respeito da qualidade da informação contida nos prontuários médicos.³⁴

Em relação à análise da qualidade do serviço dos RHCs nos países em desenvolvimento, há três princípios a serem seguidos a fim de torná-los uma ferramenta viável, útil e de sucesso: (1) garantir a coleta de dados essenciais, uma vez que os recursos são escassos e a qualidade dos dados é inversamente proporcional a quantidade; (2) integrar o registro nas atividades de definição de protocolos de tratamento e “guidelines” para o manejo dos pacientes; (3) obter dados consecutivos a respeito das séries de casos atendidos no hospital.² Do ponto de vista da relação custo-benefício, o recurso necessário ao funcionamento dos registros de câncer é muito baixo frente ao enorme potencial de retorno de informações que não podem ser encontradas nos outros sistemas de informação do SUS.

Apesar das medidas de apoio aos registros, a qualidade das informações produzidas será aprimorada ao longo do tempo. Isso será possível com a melhoria progressiva dos prontuários médicos, maior participação e experiência dos diversos profissionais envolvidos no processo (registrador, epidemiologista, patologista, oncologista), do amplo uso, análise e crítica dos dados.³⁵

O conteúdo dos relatórios que podem ser gerados com os dados dos RHCs são mutáveis, aperfeiçoáveis e adaptáveis às necessidades do próprio RHC, da instituição e seus pesquisadores. Por isso, uma grande diversidade de estudos pode ser feita utilizando os dados registrados por um RHC. Diferente da abordagem ampla e generalizada em relação aos dados realizada na presente pesquisa, trabalhos envolvendo topografias específicas de câncer e suas análises em relação a métodos diagnósticos, efetividade de protocolos terapêuticos, impacto de incorporação de novas técnicas, estudos prognósticos e sobrevida serão de grande importância do ponto de vista tanto administrativo como epidemiológico para o HU/UFSC e seus pacientes, principalmente na medida em que se consolidem os dados ano a ano.

Compreender e controlar as doenças de caráter maligno requer conhecimentos científicos e experiências que vão desde o conhecimento dos complexos mecanismos de regulação molecular intracelular às escolhas individuais do estilo de vida. Também se exige, nesse contexto, uma gestão hospitalar competente e o melhor uso dos recursos disponíveis para o planejamento, execução e avaliação das estratégias de controle da doença.⁷

Tendo em vista esses conceitos, ao poder comparar evolutivamente a distribuição dos casos de câncer ao longo dos anos de forma contínua e sistemática, os RHCs se tornarão imprescindíveis ao se subsidiar processos de planejamento, gestão, avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relacionadas às neoplasias malignas.

Além disso, estes registros acumulam a habilidade e a sensibilidade para a coleta e análise de dados, atributos essenciais ao desenvolvimento de pesquisas científicas, pois um bom RHC não é designado para servir apenas às necessidades administrativas de um hospital, mas deve ser um poderoso instrumento de epidemiologia clínica e medicina baseada em evidências para guiar a tomada de decisões na atenção ao câncer.²

Somente a partir de bases sólidas sobre a ocorrência do câncer, principalmente nas UNACONs, será possível garantir fontes permanentes de dados de boa qualidade para melhorar as bases de dados populacionais (RCBPs) e também melhor definir estratégias na área da oncologia.⁶ Dessa forma é esperado que os RHCs tragam benefícios como a diminuição da morbimortalidade do câncer através da melhoria da qualidade do cuidado prestados aos pacientes. Produzir informações de qualidade e disponibilizá-las à comunidade científica em prol da população é papel fundamental de uma instituição pública como o Hospital Universitário da UFSC, que além de ser renomada instituição de educação, promove a saúde em todos os seus níveis de atenção.

6. CONCLUSÕES

1. O Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário da UFSC está ativo na coleta e registro das informações a respeito dos pacientes com câncer atendidos na instituição. É um recurso epidemiológico de utilidade científica, bem como administrativa. Na continuidade do seu trabalho, publicações anuais permitirão análises de crescente importância ao longo dos anos.
2. Conclui-se que o perfil mais prevalente entre os pacientes com câncer atendidos no Hospital Universitário na UFSC em 2007 é de pacientes entre 60 e 69 anos de idade, distribuídos igualmente entre os sexos, brancos, com nível fundamental de escolaridade, a maioria sem ocupação definida – porém com alta prevalência de agricultores e trabalhadores agropecuários – e procedentes da Grande Florianópolis. Os pacientes chegaram à instituição sem diagnóstico ou tratamento prévio e foram diagnosticados através da histologia do tumor primário. Os tumores mais frequentes foram: pele – sendo a grande maioria não melanoma; mama – segundo mais frequente nas mulheres; sistema hematopoiético e reticuloendotelial – segundo mais frequente nos homens; tireóide; estômago e cólon. A maioria foi tratada pela Cirurgia Plástica, seguida pela Dermatologia, Cirurgia Geral e Hematologia. Houve remissão completa da doença em metade dos casos e taxa de óbito de 4,7%. Entre a primeira consulta do paciente e seu diagnóstico e entre o diagnóstico e o início do tratamento se passou uma semana, na maioria dos casos. A maior parte dos pacientes não tratados no HU foi encaminhada a outras instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva, 2002.
2. Valsecchi MG, Steliarova-Foucher E. Cancer registration in developing countries: luxury or necessity? *Lancet Oncol*. 2008 Feb;9(2):159-67.
3. Parkin D. The role of cancer registries in cancer control. *International Journal of Clinical Oncology*. 2008;13(2):102-11.
4. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS [homepage na Internet]. Brasília, 2008-2011 [acesso em 2011 Mar, Abr]. Disponível em: www.datasus.gov.br.
6. Kligerman J. Registro Hospitalar de Câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. [Editorial]. 2001;47(4):357-59.
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e gestão, 2ª edição revista e atualizada. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
8. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Número 3.535/98. Brasília, 1998.
9. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Registros Hospitalares de Câncer: Rotinas e Procedimentos. Rio de Janeiro: INCA, 2000.
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – 3ª Edição (CID-O/3). Tradução em português: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2005.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Registro hospitalar de câncer: dados dos hospitais do INCA, relatório anual 1994/1998. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
12. Jensen OM PD, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG, organizadores. Registro de câncer: princípios e métodos. IARC - Publicação Científica nº 95. Rio de Janeiro: INCA, 1995.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
14. Ministério do Trabalho e Emprego. Códigos, títulos e descrições: Classificação Brasileira de Ocupações. 3ª edição. Brasília, 2010.

15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – 2ª Edição (CID-O). Tradução em português: Centro Colaborador da OMS/Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1996.
16. Site Union for International Cancer Control (UICC) [homepage na Internet]. [acesso em 2011 Jan] Disponível em: <http://www.uicc.org/>.
17. World Health Organization (OMS). International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. [homepage na Internet]. Lyon: IARC 2010 [acesso em 2011 Mar, Abr]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.
19. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Registros Hospitalares de Câncer de Minas Gerais Volume I. Belo Horizonte, 2008.
20. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer - Integrador RHC. [homepage na Internet]. Brasília; c1996-2011 [acesso em 2011 Mar, Abr]. Disponível em: <http://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>.
21. d'Orsi E, Giordani-Serrano TR, Serrano AÍ, Hauff SD, Kupek E. Uma ferramenta Epidemiológica para Vigilância, Planejamento e Gestão em Saúde: Registro de Câncer de Base Populacional da Grande Florianópolis. Florianópolis:SES/SC, Insular, 2006.
22. Brawley OW. Avoidable cancer deaths globally. CA Cancer J Clin. 2011 February 4, 2011;caac.20108.
23. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil / The aging population in Brazil. Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.
24. Serrano AÍ, d'Orsi E, Giordani-Serrano TR [et al]. Monitorando o Cuidado: Análise do Registro Hospitalar de Câncer do CEPON, de 2000 a 2002. Florianópolis: SES/SC, Insular, 2007.
25. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Diretoria de Pesquisas - Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, número 27. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
26. Ridky TW. Nonmelanoma skin cancer. Journal of the American Academy of Dermatology. 2007;57(3):484-501.
27. Ministério da Saúde. Portal - Instituto Nacional do Câncer (INCA) [homepage na Internet]. Brasília; c1996-2011 [acesso em 2011 Mar, Abr]. Disponível em: www.inca.gov.br

28. Portal da Câmara dos Deputados: Projetos de Lei e Outras Proposições [homepage na Internet]. [acesso 2011 Abr, 10]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/>
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
30. World Health Organization (WHO). World Cancer Report, 2008. Lyon: IARC, 2008.
31. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 5(6):1285-1296, jun, 2009
32. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf> (acessado em 19/Jun/2011).
33. Welch HG, Black WC. Review: Overdiagnosis in Cancer. J Natl Cancer Inst. 2010;102:605–613. Vol. 102, Issue 9 Maio, 2010
34. Parkin DM, Sanghvi LD. Cancer registration in developing countries. IARC Sci Publ. 1991(95):185-98.
35. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. [Informes Técnicos Institucionais]. Revista de Saúde Pública 2007:865-68.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em 27 de novembro de 2005.

ANEXO 1 – FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	
CASO ANALÍTICO <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		ITENS OBRIGATÓRIOS	
01. Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>		02. Nº DE REGISTRO NO RHC <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px;"></div>	
03. NOME <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			
04. SEXO <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 3. Ignorado		08. RAÇA / COR <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 9. Sem Informação	
05. IDADE <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>		11. PROCEDÊNCIA <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
06. DATA DE NASCIMENTO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>		12. CLÍNICA DE ENTRADA <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
07. LOCAL DE NASCIMENTO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>		13. CLÍNICA DO 1º ATENDIMENTO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
09. GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 4. 2º Grau <input type="checkbox"/> 2. 1º Grau Incomp. <input type="checkbox"/> 5. Nível superior <input type="checkbox"/> 3. 1º Grau Comp. <input type="checkbox"/> 6. Sem informação		14. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL CPF / CARTÃO DO SUS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
10. OCUPAÇÃO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>		15. DATA DA 1ª CONSULTA <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
16. DATA DO DIAGNÓSTICO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>		23. TNM <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	
17. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES <input type="checkbox"/> 1. Sem Diag./Sem Trat. <input type="checkbox"/> 2. Com Diag./Sem Trat. <input type="checkbox"/> 3. Com Diag./Com Trat. <input type="checkbox"/> 4. Outros <input type="checkbox"/> 5. Sem informação		24. pTNM <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	
18. BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 1. Exame Clínico e/ou Patologia Clínica <input type="checkbox"/> 2. Exames por Imagem <input type="checkbox"/> 3. Endoscopia <input type="checkbox"/> 4. Cirurgia Exploradora/Necropsia <input type="checkbox"/> 5. Citologia ou Hematologia <input type="checkbox"/> 6. Histologia da Metástase <input type="checkbox"/> 7. Histologia do Tumor primário <input type="checkbox"/> 9. Sem informação		25. LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
19. LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>		26. DATA DE INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
20. TIPO HISTOLÓGICO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>		27. PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1. Recusa do Tratamento <input type="checkbox"/> 2. Doenças Avançadas, falta de condições clínicas <input type="checkbox"/> 3. Outras Doenças Associadas <input type="checkbox"/> 4. Abandono de Tratamento <input type="checkbox"/> 5. Complicações do Tratamento <input type="checkbox"/> 6. Óbito <input type="checkbox"/> 7. Outras <input type="checkbox"/> 8. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Sem informação	
21. MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim <input type="checkbox"/> 3. Duvidoso		28. PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1. Nenhum <input type="checkbox"/> 2. Cirurgia <input type="checkbox"/> 3. Radioterapia <input type="checkbox"/> 4. Quimioterapia <input type="checkbox"/> 5. Hormonioterapia <input type="checkbox"/> 6. Transplante de Medula Óssea <input type="checkbox"/> 7. Imunoterapia <input type="checkbox"/> 8. Outros <input type="checkbox"/> 9. Sem informação	
22. (a) ESTADIAMENTO <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>		29. ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1. Sem Evidência da Doença (Remissão Completa) <input type="checkbox"/> 2. Remissão Parcial <input type="checkbox"/> 3. Doença Estável <input type="checkbox"/> 4. Doença em Progressão <input type="checkbox"/> 5. Fora de Possibilidade Terapêutica <input type="checkbox"/> 6. Óbito <input type="checkbox"/> 8. Não se Aplica <input type="checkbox"/> 9. Sem Informação	
22. (B) OUTRO ESTADIAMENTO (para <18 anos) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>		30. DATA DO ÓBITO <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
33. SEGUIMENTO <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		31. CAUSA IMEDIATA DA MORTE <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
34. CÓDIGO DO REGISTRADOR <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>		32. CAUSA BÁSICA DA MORTE <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	
35. DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>			


IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Informações sobre: A Doença, Tratamento, Óbito e Registro hospitalar

Cód. 169813

Imprensa Universitária

ANEXO 2 – FICHA DE SEGUIMENTO

 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		FICHA DE SEGUIMENTO						
Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR		Nº DE REGISTRO NO RHC						
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>						
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	NOME:							
	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>							
	ENDEREÇO: Rua/Nº/Complemento							
	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>							
	BAIRRO: <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>							
CIDADE	UF:	TELEFONE:	CEP:					
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>					
Informações sobre: A Doença, Tratamento, Óbito e Registro hospitalar	Nº DO TUMOR	DATA DO 1º DIAGNÓSTICO	LOCALIZAÇÃO TERMINAL PRIMÁRIA	TIPO HISTOLÓGICO				
		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>				
		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>				
		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>				
		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>				
		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>				
CODIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES								
FONTE DA INFORMAÇÃO		ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO				
1. Consulta Médica 2. Consulta outro profissional da saúde 3. Carta ou telegrama 4. Telefonema 5. Visita domiciliar 6. Outro 9. Sem informação		1. Vivo, sem câncer 2. Vivo, com câncer 3. Vivo, SOE 4. Óbito, sem câncer 5. Óbito, com câncer 6. Óbito, SOE 9. Sem informação	1. Muito grave (acamado) 2. Severamente incapacitado 3. Alguma incapacidade 4. Ativo, com sintomas 5. Bem, sem queixas 8. Não se aplica 9. Sem informação	1. Nenhum 2. Cirurgia 3. Radioterapia 4. Quimioterapia 5. Hormonioterapia 6. Transplante de Medula Óssea 7. Imunoterapia 8. Outros 9. Sem informação				
ANO DE SEGUIMENTO	DATA DA IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	DATA DO RESGATE PELO REGISTRADOR	FONTE DA INFORMAÇÃO	ESTADO DA DOENÇA	QUALIDADE DE SOBREVIVÊNCIA	TRATAMENTO	METÁSTASE À DISTÂNCIA	DATA DA RECÍDIVA
1º ANO	<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>					<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>
OBSERVAÇÕES:								
2º ANO	<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>					<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>
OBSERVAÇÕES:								
3º ANO	<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>					<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>
OBSERVAÇÕES:								
4º ANO	<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>					<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>
OBSERVAÇÕES:								
5º ANO	<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>					<div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div>
OBSERVAÇÕES:								

ANEXO 3 – CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO N° 901

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 901 FR: 356443

TÍTULO: Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

AUTOR: Joanita Angela Gonzaga Del Moral, Alessandra Morello, Dr. Antonio Carlos Estima Marasciulo

FLORIANÓPOLIS, 30 de Agosto de 2010.


Coordenadora do CEPSH/UFSC

Profª Magda Santos Koerich
Subcoordenadora
CEPSH/PRPE/UFSC

ANEXO 4 – SOLICITAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO BENAMI DE SÃO THIAGO
REGISTRO HOSPITALAR DE CâNCER

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES POR RESIDENTES E ESTAGIÁRIOS

Solicitação Nº 01 /200 11

Solicita informações a respeito dos pacientes cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer.

PERÍODO SOLICITADO (anos): 2007 a 2007

TOPOGRAFIA: TOMAS

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE CASOS (descrever os aspectos desejados ou indesejáveis para seleção dos casos):

TOMAS OS CASOS REGISTRADOS EM 2007.

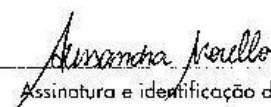
TRABALHO A SER REALIZADO:

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MEDICINA - TÍTULO:
"REGISTRO DE CÂNCER DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC: ANO
DE 2007."

SOLICITANTE: ALESSANDRA MORELLO

SERVIÇO: AUTORIZAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA - TURMA 2011.2

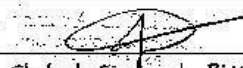
CIDADE, Foz de Iguaçu de ABRIL de 200 11


 Assinatura e identificação do solicitante

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Autorizo a liberação das informações correspondentes à solicitação acima.

CIDADE, Foz de Iguaçu de ABRIL de 200 11


 Chefe do Serviço de RHC HU/UFSC

Observação: A citação da fonte deverá ser feita da seguinte maneira:

Fonte: Registro de Câncer do Hospital UNIVERSITÁRIO DA UFSC

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá aos seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: Clínica Médica

ALUNA: Alessandra Morello

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____